



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 09/02/2025. 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 (10/25)
Y0118_25_386A2_C 08222025
09/02/2025

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 09/02/2025. 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 09/02/2025. 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 144 . 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, muéstrasela 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 causarían 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 144 .

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 (<i>Excluded Part D Drug</i>)	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 (<i>Limited Access</i>)	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 (<i>Prior Authorization</i>)	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 (<i>Quantity Limit</i>)	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 (<i>Step Therapy</i>)	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 (<i>Non-Extended Day Supply</i>)	Los medicamentos NO están disponibles para un suministro a largo plazo.
INS	Insulina cubierta (<i>Covered Insulin</i>)	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 (<i>\$0 Vaccine</i>)	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		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	gen	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	gen	
<i>diclofenac sodium (1.5 % solution, 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	gen	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	gen	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab 24h</i>	gen	
<i>diclofenac-misoprostol (50-0.2 mg tab dr, 75-0.2 mg tab dr)</i>	gen	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	gen	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er, er 600 mg tab er)</i>	gen	
FLURBIPROFEN (FLURBIPROFEN 100 MG TAB, FLURBIPROFEN 50 MG TAB, FLURBIPROFEN 100 MG TAB)	gen	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension, 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	gen	
<i>indomethacin er 75 mg cap</i>	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
<i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>naproxen dr 500 mg tab</i>	gen	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	gen	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	gen	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	gen	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>salsalate (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

<i>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)</i>	gen	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>	gen	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl er (er 8 mg tab er, er 16 mg tab er, er 32 mg tab er)</i>	gen	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl er 12 mg tab 24h</i>	gen	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg tab, 10 mg/ml conc)</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/5ml solution, methadone hcl 10 mg/5ml solution)</i>	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)</i>	inj	PA, NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 5 mg/5ml solution, methadone hcl 5 mg/5ml solution)</i>	gen	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), 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
<i>methadone hcl 40 mg tab sol</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl intensol 10 mg/ml conc</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadose 40 mg tab sol</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	gen	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	gen	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab</i>	gen	QL (90 PER 30 OVER TIME), 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
<i>tramadol hcl er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
OPIOID ANALGÉSICOS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>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)</i>	gen	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	gen	QL (15 PER 28 OVER TIME), 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
<i>codeine sulfate (codeine sulfate 30 mg tab, codeine sulfate 30 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	gen	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)</i>	gen	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-300 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-300 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetaminophen 5-300 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab)</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen (hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg tab)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid</i>	gen	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	gen	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	gen	QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
MORPHINE SULFATE (5 MG SUPPOS, 10 MG SUPPOS, 20 MG SUPPOS, 30 MG SUPPOS)	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), 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
<i>morphine sulfate (concentrate) (morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i>	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)</i>	gen	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)</i>	gen	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)</i>	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (20 mg tab, 100 mg/5ml conc)</i>	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	gen	QL (60 PER 1 DAYS), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxymorphone hcl 10 mg tab</i>	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxymorphone hcl 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 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
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

<i>lidocaine 5 % ointment</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	gen	
LIDOCAINE HCL 4 % SOLUTION	brd	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	gen	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	npd	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

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

DEPENDENCIA A OPIOIDES

<i>buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	

REVERTIDORES OPIOIDEOS

KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
----------------------------	-----	-------------------------

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
<i>naloxone hcl (naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsy, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsy, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)</i>	gen	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	gen	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	gen	

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	brd	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	brd	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	gen	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	inj	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	spec	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	gen	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	inj	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	gen	
STREPTOMYCIN SULFATE 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
<i>tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 2 gm/50ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)</i>	inj	
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	inj	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	brd	
<i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml)</i>	inj	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>	inj	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (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	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	inj	
<i>daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)</i>	spec	
<i>fosfomicin tromethamine 3 gm packet</i>	gen	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	inj	
<i>linezolid (100 mg/5ml recon susp, 600 mg tab)</i>	gen	PA

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
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	inj	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	spec	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	gen	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 250 mg tab, 375 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i>	inj	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	gen	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	inj	
<i>rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)</i>	gen	
<i>tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)</i>	inj	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)</i>	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME)

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
<i>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 250 mg recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln)</i>	inj	
<i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	gen	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME)
VANDAZOLE 0.75 % GEL	brd	
XIFAXAN 200 MG TAB	npd	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
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	
<i>cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap)</i>	gen	
<i>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)</i>	inj	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap)</i>	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
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	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	gen	
<i>cefotetan disodium (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	npd	
<i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>	inj	
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	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	gen	
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	inj	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln)</i>	inj	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>	inj	
<i>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)</i>	gen	
TAZICEF (TAZICEF 6 GM RECON SOLN, TAZICEF 2 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN)	inj	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	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
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>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)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB 12H	gen	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	gen	
<i>ampicillin sodium (ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 10 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)</i>	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
<i>ampicillin-sulbactam sodium (ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 3 (2-1) 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)</i>	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	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	
<i>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)</i>	inj	
<i>penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	inj	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	inj	
<i>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)</i>	gen	
<i>pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	inj	
<i>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)</i>	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		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	gen	
<i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)</i>	inj	
<i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>	inj	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	inj	
MACRÓLIDOS		
<i>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)</i>	gen	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	inj	
<i>clarithromycin (clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp)</i>	gen	
<i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>	gen	
DIFICID 200 MG TAB	spec	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	spec	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 mg tab)</i>	gen	
<i>ery-tab (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)</i>	inj	
ERYTHROCIN STEARATE 250 MG TAB	brd	
<i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	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
<i>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)</i>	gen	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	gen	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	inj	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	spec	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	brd	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	brd	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%))</i>	gen	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)</i>	inj	
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
LEVOFLOXACIN 25 MG/ML SOLUTION	inj	
<i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>	inj	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	gen	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)</i>	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		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	gen	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	gen	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	inj	
TETRACICLINAS		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	gen	
<i>demeclocycline hcl (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>doxy 100 mg recon soln</i>	npd	
<i>doxycycline 40 mg cap dr</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>doxycycline hyclate (50 mg tab dr, 75 mg tab, 75 mg tab dr, 100 mg tab dr, 150 mg tab, 150 mg tab dr, 200 mg tab dr)</i>	gen	PA
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	npd	
<i>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)</i>	gen	
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>mondoxylene nl 100 mg cap</i>	gen	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	gen	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	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		
BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	npd	ST, QL (20 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
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>	gen	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	gen	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	npd	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>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)</i>	gen	
<i>lamotrigine er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	gen	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 250 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>	gen	ST
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg</i>	gen	
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	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
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	gen	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>levetiracetam er 500 mg tab 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	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
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	gen	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate er (er 25 mg, er 50 mg, er 100 mg, er 150 mg, er 200 mg)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</i>	inj	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	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
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

<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	gen	

GAMMA-AMINO BUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS

<i>clobazam 10 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	gen	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	gen	QL (20 PER 30 DAYS)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	gen	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	gen	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i>	gen	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)</i>	gen	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)</i>	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
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)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	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

<i>carbamazepine (carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 100 mg chew tab, carbamazepine 100 mg/5ml suspension, carbamazepine 200 mg tab, carbamazepine 200 mg/10ml suspension)</i>	gen	
<i>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)</i>	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	
<i>epitol 200 mg tab</i>	gen	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	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
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab)</i>	gen	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	gen	
<i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>	gen	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	gen	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	gen	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	npd	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	npd	
<i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	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
ANTIDEMENCIALES		
ANTIDEMENCIALES, OTROS		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	gen	
<i>memantine hcl-donepezil hcl (14-10 mg cap er, 21-10 mg cap er, 28-10 mg cap er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
NAMZARIC 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG CP24 THPK	brd	QL (28 PER 28 OVER TIME)
NAMZARIC 7-10 MG CAP ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
<i>donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	gen	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	gen	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	gen	
<i>galantamine hydrobromide (galantamine hydrobromide 4 mg tab, galantamine hydrobromide 12 mg tab, galantamine hydrobromide 4 mg/ml solution, galantamine hydrobromide 8 mg tab)</i>	gen	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)</i>	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	gen	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg/5ml solution, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab)</i>	gen	
<i>memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)</i>	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
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab 12h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>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)</i>	gen	
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)</i>	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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	spec	QL (14 PER 365 OVER TIME), 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	
<i>phenelzine sulfate (phenelzine sulfate 15 mg tab, phenelzine sulfate 15 mg tab)</i>	gen	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	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 SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab, 20 mg/10ml solution, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 20 mg tab)</i>	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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 10 mg tab, 20 mg cap, 20 mg tab, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)</i>	gen	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)	gen	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	gen	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	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	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 25 mg tab er, er 37.5 mg tab er)</i>	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
<i>paroxetine mesylate 7.5 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	spec	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (20 mg/ml conc, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	npd	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er (er 75 mg cap er, er 75 mg tab er)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab 24h</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

TRICÍCLICOS

<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 10 mg/ml conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	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
<i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

<i>compro 25 mg suppos</i>	gen	
<i>doxylamine-pyridoxine 10-10 mg tab dr</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	gen	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution)</i>	gen	
METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	gen	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	inj	
<i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i>	gen	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	gen	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 12.5 mg tab, 25 mg suppos, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	PA
<i>promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)</i>	gen	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	gen	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	gen	

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA

<i>aprepitant (80 & 125 mg cap, 80 mg cap, 125 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	gen	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	PA, 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
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	gen	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	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
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	gen	
CRESEMBA 186 MG CAP	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	spec	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	gen	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i>	inj	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	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
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	
GYNAZOLE-1 2 % CREAM	gen	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	gen	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	gen	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	gen	
LULICONAZOLE 1 % CREAM	gen	ST
<i>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)</i>	inj	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	gen	
<i>naftifine hcl (naftifine hcl 2 % cream, naftifine hcl 1 % cream, naftifine hcl 1 % gel)</i>	gen	ST
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	gen	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	gen	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	gen	
<i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	gen	ST
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	gen	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream, 80 mg suppos)</i>	gen	
<i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	PA
<i>voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)</i>	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
ANTIGOTOSOS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>colchicine (0.6 mg cap, 0.6 mg tab)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	gen	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	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		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	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)		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	gen	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)

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
<i>sumatriptan succinate (sumatriptan succinate 4 mg/0.5ml soln a-inj, sumatriptan succinate 6 mg/0.5ml soln a-inj, sumatriptan succinate 6 mg/0.5ml solution, sumatriptan succinate 6 mg/0.5ml soln prsy)</i>	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate refill (sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart, sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart, sumatriptan succinate refill 6 mg/0.5ml soln cart, sumatriptan succinate refill 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)

ANTIAMIÁSTÉNICOS

PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>pyridostigmine bromide (pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	gen	

ANTIMICOBACTERIANOS

ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS

<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	gen	

ANTITUBERCULOSOS

<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
PRIFTIN 150 MG TAB	brd	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	gen	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	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
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	inj	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA
TRECTOR 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
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP, 100 MG CAP)	brd	
LEUKERAN 2 MG TAB	brd	
MATULANE 50 MG CAP	brd	LA
MELPHALAN 2 MG TAB	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIANDRÓGENOS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	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	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 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
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

ANTIANGIOGÉNICOS

<i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	spec	LA, 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

<i>fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)</i>	spec	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	npd	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	gen	

ANTIMETABOLITOS

<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	gen	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	QL (14 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
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
AUGTYRO 40 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 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
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	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
<i>leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)</i>	inj	
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	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
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		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	gen	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	gen	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	gen	
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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	spec	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), 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 (400 MG TAB, 500 MG TAB)	spec	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
BOSULIF 50 MG CAP	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	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
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
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)</i>	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	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
<i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	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
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
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
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	npd	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	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

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
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
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
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
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
KRAZATI 200 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	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
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
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
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
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

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
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
<i>nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	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
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	spec	QL (4 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

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
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
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
SCSEMBLIX 100 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCSEMBLIX 20 MG TAB	spec	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCSEMBLIX 40 MG TAB	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	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
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	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
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	spec	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	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
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
TAGRISO (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

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
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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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
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 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
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

<i>bexarotene 1 % gel</i>	spec	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	gen	

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

<i>mesna 400 mg tab</i>	gen	
VONJO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole 200 mg tab</i>	npd	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	gen	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	gen	

ANTIPROTOZOICOS

<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	gen	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	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
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	npd	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	npd	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i>	gen	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	brd	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	spec	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	gen	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	gen	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i>	gen	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	spec	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

ANTICOLINÉRGICOS

<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	inj	
<i>trihexyphenidyl hcl (trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution, trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution, trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, trihexyphenidyl hcl 5 mg tab)</i>	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, OTHER		
<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	spec	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>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)</i>	gen	
<i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab 24h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab 24h</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	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
CARBIDOPA-LEVODOPA (CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB)	gen	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	gen	
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	gen	
ANTIPSICÓTICOS		
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl (25 mg/ml, 50 mg/2ml)</i>	inj	
<i>chlorpromazine hcl (chlorpromazine hcl 10 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg tab, chlorpromazine hcl 50 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg tab, chlorpromazine hcl 200 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)</i>	gen	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	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	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	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
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>	inj	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	gen	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	brd	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	gen	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
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	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	gen	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 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
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.5 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 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	spec	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), 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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	npd	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	npd	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME), 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 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	spec	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), 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
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	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
<i>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)</i>	gen	
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	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
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	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
<i>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)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
REXULTI (0.25 MG TAB, 1 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REXULTI (0.5 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
<i>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)</i>	gen	
<i>risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i>	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 (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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	gen	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine (clozapine 50 mg tab, clozapine 12.5 mg tab disp, clozapine 25 mg tab, clozapine 25 mg tab disp, clozapine 100 mg tab, clozapine 100 mg tab disp, clozapine 150 mg tab disp, clozapine 200 mg tab, clozapine 200 mg tab disp)</i>	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
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	spec	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESPÁSTICOS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	gen	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	
<i>tizanidine hcl (2 mg cap, 2 mg tab, 4 mg cap, 4 mg tab, 6 mg cap)</i>	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 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	gen	QL (18 PER 1 DAYS)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	brd	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	brd	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	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	

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
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)
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 25 MG TAB	brd	QL (2 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)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg</i>	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
<i>etravirine 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	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)
<i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>	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)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	gen	QL (2 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)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	brd	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	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)

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
TEMIXYS 300-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
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)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	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
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	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 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	spec	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (PI)

APTIVUS 250 MG CAP	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	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
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	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)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	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)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	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

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	gen	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	gen	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	gen	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	gen	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 180 OVER TIME)

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
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	gen	
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	npd	QL (1 PER 30 OVER TIME)

ANTIHERPÉTICOS

<i>acyclovir (200 mg cap, 200 mg/5ml suspension, 400 mg tab, 800 mg tab, 800 mg/20ml suspension)</i>	gen	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	gen	

ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS

PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	gen	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	gen	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 6 150 MG & 5 100MG TAB THPK	gen	QL (11 PER 30 OVER TIME)

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

<i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	

BENZODIACEPINAS

<i>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)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 3 mg tab er)</i>	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
<i>alprazolam er 2 mg tab 24h</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 3 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp)</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (1 mg tab, 1 mg tab disp)</i>	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	gen	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>oxazepam (10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap)</i>	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	
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	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
<i>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)</i>	gen	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>	gen	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	gen	
<i>glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)</i>	gen	
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	gen	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)</i>	gen	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	gen	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	gen	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	gen	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	brd	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
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
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)
<i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>	gen	
<i>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)</i>	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)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	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 (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	gen	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	gen	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	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)
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, 5-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln)</i>	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINAS		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	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
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
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

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 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

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>	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
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 (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.15 MG CAP SPRINK	brd	QL (2 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 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	inj	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)</i>	inj	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	inj	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	inj	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	inj	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	spec	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	inj	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	spec	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	spec	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>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)</i>	gen	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	brd	QL (20 ML PER 1 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	brd	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
<i>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)</i>	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 OVER TIME)
ZONTIVITY 2.08 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	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
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	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

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
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 OVER TIME), EDC
<i>phytonadione 5 mg tab</i>	gen	QL (5 PER 7 OVER TIME), EDC
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h</i>	gen	
<i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	gen	
<i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	gen	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	gen	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	npd	PA, QL (18 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
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	spec	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	spec	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)	gen	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	gen	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	gen	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	gen	
<i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>	gen	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
<i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>enalapril maleate 1 mg/ml solution</i>	gen	QL (40 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
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	
<i>perindopril erbumine (perindopril erbumine 2 mg tab, perindopril erbumine 8 mg tab, perindopril erbumine 2 mg tab, perindopril erbumine 4 mg tab, perindopril erbumine 8 mg tab)</i>	gen	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	gen	
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	gen	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	gen	
MULTAQ 400 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	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
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)</i>	gen	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab</i>	gen	
<i>quinidine sulfate (quinidine sulfate 300 mg tab, quinidine sulfate 300 mg tab, quinidine sulfate 200 mg tab, quinidine sulfate 200 mg tab)</i>	gen	
<i>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	gen	
<i>sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	gen	
<i>sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	gen	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	gen	
<i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	gen	
<i>carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 80 mg cap er)</i>	gen	ST
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	gen	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	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
<i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>propranolol hcl (propranolol hcl 40 mg/5ml solution, propranolol hcl 10 mg tab, propranolol hcl 20 mg tab, propranolol hcl 40 mg tab, propranolol hcl 80 mg tab, propranolol hcl 20 mg/5ml solution, propranolol hcl 60 mg tab)</i>	gen	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)</i>	gen	
<i>timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHYDROPYRIDINES

<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	gen	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	gen	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	gen	
<i>nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	gen	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	gen	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	gen	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	gen	
<i>nisoldipine er (nisoldipine er 34 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)</i>	gen	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NONDIHYDROPYRIDINES

<i>cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)</i>	gen	
<i>dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)</i>	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
<i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h</i>	gen	
<i>matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)</i>	gen	
<i>taztia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er, 360 mg cap er)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	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
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, OTROS		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	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
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	gen	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	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)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	gen	
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	gen	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	gen	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	gen	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	gen	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	gen	
<i>metirosine 250 mg cap</i>	spec	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	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
<i>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)</i>	gen	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	gen	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	gen	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	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	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	gen	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	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
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		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	inj	
<i>furosemide (furosemide 8 mg/ml solution, furosemide 20 mg tab, furosemide 40 mg tab, furosemide 80 mg tab)</i>	gen	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	inj	
<i>torseamide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	gen	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	ST
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	gen	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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		
<i>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)</i>	gen	
<i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>	gen	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	gen	
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab 24h</i>	gen	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	gen	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	gen	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	gen	
<i>colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)</i>	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
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	gen	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	gen	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	gen	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	gen	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	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 PROPANEDIOL (5 MG TAB, 10 MG TAB)	brd	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)

VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

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

VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA/VENOUS

<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	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
<i>isosorbide mononitrate (isosorbide mononitrate 10 mg tab, isosorbide mononitrate 20 mg tab, isosorbide mononitrate 10 mg tab, isosorbide mononitrate 20 mg tab)</i>	gen	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)</i>	gen	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch, 0.2 mg/hr patch, 0.4 mg/hr patch, 0.6 mg/hr patch)</i>	gen	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	brd	
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	
<i>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)</i>	gen	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	gen	QL (30 PER 30 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL

<i>amphetamine sulfate 10 mg tab</i>	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine sulfate 5 mg tab</i>	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>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)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	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
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>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)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>procentra 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 15 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL

<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h</i>	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
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>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)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (10 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 20 mg tab)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>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)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) (er 20 mg cap er, er 30 mg cap er, er 40 mg cap er, er 60 mg cap er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap 24h</i>	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)

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
<i>methylphenidate hcl er (osm) (er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 54 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (osm) 36 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, 50-325 mg tab)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>esgic 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
NUEDEXTA 20-10 MG CAP	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>riluzole 50 mg tab</i>	gen	
TENCON 50-325 MG TAB	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	npd	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zebutal 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), 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
<i>duloxetine hcl (20 mg dr, 40 mg dr, 60 mg dr)</i>	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
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

BETASERON 0.3 MG KIT	spec	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

BUCODENTALES

<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	gen	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	gen	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	gen	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	gen	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	gen	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	gen	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	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		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	gen	
<i>adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)</i>	gen	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>azelaic acid 15 % gel</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	gen	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-5 % gel)</i>	gen	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	gen	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	gen	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream)</i>	gen	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>ala-cort (1 %, 2.5 %)</i>	gen	
<i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>	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
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	gen	
<i>anucort-hc 25 mg suppos</i>	gen	EDC
<i>anusol-hc 25 mg suppos</i>	gen	EDC
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.1 % lotion)</i>	gen	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>	gen	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	gen	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	gen	
<i>clodan 0.05 % shampoo</i>	gen	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>desoximetasone (0.05 % cream, 0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	gen	
DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM	gen	
EUCRISA 2 % OINTMENT	npd	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	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
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	gen	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	gen	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	gen	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hemmorex-hc 25 mg suppos</i>	gen	EDC
<i>hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i>	gen	
<i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)</i>	gen	
<i>hydrocortisone acetate 25 mg suppos</i>	gen	EDC
HYDROCORTISONE BUTYRATE (HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % OINTMENT, HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % SOLUTION, HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % OINTMENT)	gen	
<i>hydrocortisone valerate (0.2 % cream, 0.2 % ointment)</i>	gen	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	gen	
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	gen	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	gen	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	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
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	gen	
<i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>	gen	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	gen	
<i>triderm (0.1 %, 0.5 %)</i>	gen	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
ANALPRAM HC 2.5-1 % LOTION	brd	
ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION	brd	
<i>avar-e emollient 10-5 % cream</i>	gen	EDC
<i>avar-e green 10-5 % cream</i>	gen	EDC
<i>calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution)</i>	gen	
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>	gen	PA, QL (400 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	gen	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	gen	QL (800 PER 28 OVER TIME)
<i>clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)</i>	gen	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
EPIFOAM 1	brd	
<i>fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)</i>	gen	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	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
<i>imiquimod 5 % cream</i>	gen	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	gen	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	gen	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	gen	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	gen	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)</i>	gen	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	brd	
PROCTOFOAM HC PROCTOI	brd	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	gen	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
REGRANEX 0.01 % GEL	brd	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	brd	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	gen	
<i>ssd 1 % cream</i>	gen	
SSS 10-5 (SSS 10-5 10-5 % FOAM, SSS 10-5 10-5 % CREAM)	gen	EDC
<i>sulfacetamide sodium-sulfur (10-5 % cream, 10-5 % lotion, 10-5 % suspension)</i>	gen	EDC
TOLAK 4 % CREAM	brd	
VALCHLOR 0.016 % GEL	spec	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	gen	
<i>permethrin 5 % cream</i>	gen	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	gen	QL (240 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
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5 % cream</i>	gen	PA, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	gen	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	gen	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution)</i>	gen	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	gen	
<i>clindacin 1 % foam</i>	gen	
<i>clindacin etz 1 % swab</i>	gen	
<i>clindacin-p 1 % swab</i>	gen	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	gen	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate (1 % foam, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	gen	
<i>dapsone (5 % gel, 7.5 % gel)</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ERY 2 % PAD	gen	
<i>erythromycin (2 % gel, 2 % solution)</i>	gen	
<i>mafenide acetate (mafenide acetate 5 % packet, mafenide acetate 5 % packet)</i>	gen	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	gen	
<i>penciclovir 1 % cream</i>	gen	PA, QL (5 PER 30 DAYS)

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

<i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 10 % solution)</i>	inj	
<i>dextrose in lactated ringers in 5 % solution</i>	inj	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	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
<i>dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, 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 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution)</i>	inj	
<i>effer-k 25 meq tab</i>	gen	EDC
<i>k-prime 25 meq effer tab</i>	gen	EDC
<i>kcl in dextrose-nacl (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 20-5-0.2 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)</i>	inj	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	inj	
<i>klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet, klor-con 8 meq tab er)</i>	gen	
<i>klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)</i>	gen	
<i>klor-con m10 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m15 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m20 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con/ef 25 meq effer tab</i>	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
<i>lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)</i>	inj	
<i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>	inj	
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON 0.25-10 MG/ML SOLUTION	gen	EDC
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	gen	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	brd	
<i>potassium chloride (10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	gen	
<i>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)</i>	inj	
<i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	inj	
<i>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)</i>	inj	
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	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
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	inj	
PREMASOL 10 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	brd	
<i>ringers solution</i>	inj	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	inj	
<i>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)</i>	inj	
<i>sodium fluoride (sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, sodium fluoride 0.55 (0.25 f) mg chew tab, sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg chew tab, sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	gen	
TPN ELECTROLYTES CONC	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
CHEMET 100 MG CAP	brd	
<i>clovique 250 mg cap</i>	spec	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	spec	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	brd	
JYNARQUE (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)
JYNARQUE 15 MG TAB	spec	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
JYNARQUE 30 MG TAB	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	spec	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	spec	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
QUELANTES DE POTASIO		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	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
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	brd	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	gen	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	gen	

VITAMINAS

<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution</i>	gen	EDC
<i>dodex 1000 mcg/ml solution</i>	gen	EDC
<i>folic acid 1 mg tab</i>	gen	EDC

GASTROINTESTINALES

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	gen	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>lactulose (10 gm/15ml, 20 gm/30ml)</i>	gen	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	gen	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	gen	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	gen	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln</i>	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
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln</i>	gen	
PEG-PREP 5-210 MG-GM KIT	gen	
ANTIDIARREICOS		
<i>alose tron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	npd	PA
DIPHENOXYLATE-ATROPINE (DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG TAB, DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID)	gen	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	gen	
XERMELO 250 MG TAB	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab)</i>	gen	PA
<i>ed-spaz 0.125 mg tab disp</i>	gen	EDC
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>	gen	PA
<i>hyoscyamine sulfate (0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab, 0.125 mg tab disp, 0.125 mg/5ml elixir, 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	EDC
<i>hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab 12h</i>	gen	EDC
<i>hyoscyamine sulfate sl 0.125 mg tab</i>	gen	EDC
<i>hyosyne (0.125 mg/5ml elixir, 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	EDC
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>nulev 0.125 mg tab disp</i>	gen	EDC
<i>oscimin (0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab)</i>	gen	EDC
<i>oscimin sr 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	EDC
<i>pb-hyoscy-atropine-scopolamine 16.2 mg tab</i>	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
<i>pb-hyoscy-atropine-scopolamine</i> 16.2 mg/5ml elixir	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
<i>phenobarbital-belladonna alk</i> 16.2 mg tab	gen	EDC
<i>phenobarbital-belladonna alk</i> 16.2 mg/5ml elixir	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
<i>phenohydro</i> 16.2 mg tab	gen	EDC
<i>phenohydro</i> 16.2 mg/5ml elixir	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC

GASTROINTESTINALES, OTHER

<i>cromolyn sodium</i> 100 mg/5ml conc	gen	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	gen	
<i>gavilyte-g</i> 236 gm recon soln	gen	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	spec	PA
<i>peg-3350/electrolytes</i> 236 gm recon soln	gen	
<i>ursodiol</i> (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)	gen	

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

<i>cimetidine</i> (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	gen	
<i>famotidine</i> (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

<i>misoprostol</i> (100 mcg tab, 200 mcg tab)	gen	
<i>sucalfate</i> (1 gm tab, 1 gm/10ml suspension)	gen	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

<i>esomeprazole magnesium</i> 20 mg cap 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
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	gen	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)</i>	gen	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium (pantoprazole sodium 40 mg recon soln, pantoprazole sodium 40 mg recon soln)</i>	inj	
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	gen	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	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
<i>betaine powder</i>	spec	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	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
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)</i>	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
<i>levocarnitine sf 1 gm/10ml solution</i>	gen	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	spec	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	spec	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	spec	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	spec	PA
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

<i>darifenacin hydrobromide er 15 mg tab 24h</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darifenacin hydrobromide er 7.5 mg tab 24h</i>	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)</i>	gen	
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	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)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)</i>	gen	
<i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)</i>	gen	ST
<i>trospium chloride 20 mg tab</i>	gen	
<i>trospium chloride er 60 mg cap 24h</i>	gen	

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h</i>	gen	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	gen	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	QL (8 PER 30 DAYS), EDC
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	gen	

GENITOURINARIOS, OTROS

<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACET	gen	EDC
ELMIRON 100 MG CAP	brd	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	spec	PA
<i>phenazo 200 mg tab</i>	gen	EDC
<i>phenazopyridine hcl (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	EDC
<i>phospho-trin k500 kmg tab</i>	gen	EDC
<i>pot & sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution</i>	gen	EDC
<i>potassium citrate-citric acid 1100-334 mg/5ml solution</i>	gen	EDC
<i>sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	QL (8 PER 30 DAYS), 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
<i>sod citrate-citric acid (1.5-1 gm/15ml, 3-2 gm/30ml, 500-334 mg/5ml)</i>	gen	EDC
<i>tricitrates 550-500-334 mg/5ml solution</i>	gen	EDC
<i>vardenafil hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 20 mg tab)</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 DAYS), EDC

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	gen	
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	inj	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	inj	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	gen	
MEDROL 2 MG TAB	brd	
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	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
<i>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)</i>	inj	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	inj	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	gen	
<i>prednisolone sodium phosphate (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)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	gen	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	gen	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	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
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	inj	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	inj	
<i>desmopressin acetate spray (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, desmopressin acetate spray 0.01 % solution)</i>	gen	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	spec	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	spec	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PROSTAGLANDINS)

MUSE (250 MCG PELLETT, 500 MCG PELLETT, 1000 MCG PELLETT)	brd	PA, QL (6 PER 30 DAYS), EDC
---	-----	-----------------------------

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

ANDRÓGENOS

<i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>	gen	
<i>methytestosterone 10 mg cap</i>	gen	PA
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	gen	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (testosterone 10 mg/act (2%) gel, testosterone 10 mg/act (2%) gel)</i>	gen	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>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)</i>	gen	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel)</i>	gen	PA, QL (37.5 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
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (testosterone cypionate 200 mg/ml solution, testosterone cypionate 100 mg/ml solution, testosterone cypionate 200 mg/ml solution)</i>	gen	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	gen	QL (5 PER 30 DAYS)

ESTRÓGENOS

<i>abigale 1-0.5 mg tab</i>	gen	
<i>abigale lo 0.5-0.1 mg tab</i>	gen	
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>amabelz (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	gen	
<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>amethyst 90-20 mcg tab</i>	gen	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	gen	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	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
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	gen	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	gen	
<i>charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg() chew tab</i>	gen	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	brd	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>covaryx 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	EDC
<i>covaryx hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	EDC
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	inj	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	gen	
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	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
<i>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)</i>	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospiren-eth estrad-levomefol (3-0.02-0.451 mg tab, 3-0.03-0.451 mg tab)</i>	gen	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	gen	
<i>eemt 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	EDC
<i>eemt hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	EDC
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	gen	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>est estrogens-methyltest (0.625-1.25 mg tab, 1.25-2.5 mg tab)</i>	gen	EDC
<i>est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	EDC
<i>est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	EDC
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>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)</i>	gen	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
<i>estradiol valerate (10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml)</i>	gen	
<i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	gen	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	brd	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	gen	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>fayosim 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>galbriela 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>gemmily 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	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
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab</i>	gen	
<i>kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	gen	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>layolis fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>levonest 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>levonorgest-eth est & eth est 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	gen	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab, 90-20 mcg tab)</i>	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
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>luteru 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	npd	
<i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>mibelas 24 fe 1-20 mg-mcg() chew tab</i>	gen	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	gen	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	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
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>norethin-eth estradiol-fe (0.4-35 chew tab, 0.8-25 chew tab)</i>	gen	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	gen	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)</i>	gen	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	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
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	npd	
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	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>rivelsa 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>rosyrah 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	gen	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>taysofy 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	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
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tydemy 3-0.03-0.451 mg tab</i>	gen	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	gen	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	gen	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	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
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>xarah fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	gen	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	gen	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	gen	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	gen	
PROGESTINAS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	gen	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	brd	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	gen	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	gen	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	brd	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	gen	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate (megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension)</i>	gen	PA

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
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	gen	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	brd	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	gen	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	gen	

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

OSPHENA 60 MG TAB	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	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
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
<i>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)</i>	gen	
<i>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)</i>	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
<i>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)</i>	gen	
<i>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)</i>	brd	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	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
<i>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)</i>	brd	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	gen	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	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	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>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 prsy, octreotide acetate 100 mcg/ml soln prsy)</i>	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

<i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	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
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
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, OTROS		
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 OVER TIME)

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
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 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 /0.83ML PEF SY KT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	spec	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	spec	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	spec	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (3.6 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)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 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)
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 OVER TIME)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (1 ML 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
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		
<i>azasan (75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine 50 mg/ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	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)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	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
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)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>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)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	gen	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 500 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	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
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)

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
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)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	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	
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 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)	brd	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
HAVRIX (1440 U/ML SUSP PRSYR, 1440 U/ML SUSPENSION)	brd	VAC
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	brd	
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	
PEDVAX HIB 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	
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

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
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	brd	
ROTATEQ SOLUTION	brd	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	QL (2 PER 365 OVER TIME), 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

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	gen	
DIPENTUM 250 MG CAP	npd	PA
<i>mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)</i>	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
<i>mesalamine (400 mg cap dr, 800 mg tab dr)</i>	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 500 mg cap</i>	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	gen	

GLUCOCORTICOIDES

<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 %	brd	
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema)</i>	gen	

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>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)</i>	gen	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	gen	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap, 1 mcg/ml solution)</i>	gen	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>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)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	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
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	gen	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	inj	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>paricalcitol (2 mcg/ml, 5 mcg/ml)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab, 35 mg tab, 35 mg tab dr, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)</i>	spec	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	spec	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
<i>vitamin d (ergocalciferol) (1.25 mg (50000 ut) cap, 50000 unit cap)</i>	gen	EDC
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	spec	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (zoledronic acid 4 mg/100ml solution, zoledronic acid 4 mg/5ml conc, zoledronic acid 5 mg/100ml solution)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

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
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
AEROVENT PLUS DEVICE	brd	EDC
ALCOHOL 70% PADS	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	
<i>argyle sterile water solution</i>	gen	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	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
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	
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	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2"PAD	gen	
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 HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (15/64" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.5 ML MISC, 15/64" 1 ML MISC)	brd	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 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
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	
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 34GX3.5MM MISC	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 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

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
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)	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	
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 SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 (27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 1 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 (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	

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 DEVICE	brd	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	brd	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M DEVICE	brd	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	brd	EDC
FLEXICHAMBER DEVICE	brd	EDC
<i>gauze pads 2</i>	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
<i>lactated ringers solution</i>	gen	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	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
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	gen	
MICROCHAMBER (DEVICE, MISC)	brd	EDC
MICROSPACER MISC	brd	EDC
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	brd	
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	brd	
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 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

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
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	
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	
<i>ringers irrigation (ringers irrigation solution, ringers irrigation solution)</i>	gen	
RITEFLO DEVICE	brd	EDC
<i>saline bacteriostatic 0.9 % solution</i>	inj	EDC
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2"PAD	gen	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride bacteriostatic 0.9 % solution</i>	inj	EDC
<i>sterile water for irrigation solution</i>	gen	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	brd	
<i>tis-u-sol solution</i>	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
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 32GX4MMMISC	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	
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	
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	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 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	
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	brd	EDC
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER 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
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

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i>	gen	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
BLEPHAMIDE 10-0.2 % SUSPENSION	brd	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	gen	
HOMATROPAIRE 5 % SOLUTION	gen	EDC
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	gen	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000, 5-400-10000)</i>	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
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	gen	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>proparacaine hcl 0.5 % solution</i>	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	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	
XDEMVIY 0.25 % SOLUTION	spec	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	brd	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	brd	
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	gen	
<i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>	gen	
<i>cromolyn sodium (cromolyn sodium 4 % solution, cromolyn sodium 4 % solution)</i>	gen	
<i>epinastine hcl 0.05 % solution</i>	gen	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	gen	
<i>erythromycin (erythromycin 5 mg/gm ointment, erythromycin 5 mg/gm ointment)</i>	gen	
<i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>	gen	QL (2.5 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
GENTAK 0.3 % OINTMENT	gen	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	gen	
LEVOFLOXACIN (LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION)	gen	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	gen	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	gen	
NATACYN 5 % SUSPENSION	brd	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	gen	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	gen	
<i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)</i>	gen	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	gen	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	brd	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	gen	
ZIRGAN 0.15 % GEL	npd	QL (5 PER 30 DAYS)
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution</i>	gen	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	gen	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	gen	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	gen	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	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)

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
<i>ketorolac tromethamine (0.4 %, 0.5 %)</i>	gen	
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % gel, 0.5 % suspension)</i>	gen	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	npd	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	gen	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	gen	

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)</i>	gen	
BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION	brd	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	gen	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	gen	
<i>timolol hemihydrate 0.5 % solution</i>	gen	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.25 % solution, 0.5 % gel f soln, 0.5 % solution)</i>	gen	
<i>timolol maleate (once-daily) 0.5 % solution</i>	gen	
<i>timolol maleate ocudose 0.5 % solution</i>	gen	
<i>timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)</i>	gen	

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

<i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>	gen	
<i>apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)</i>	gen	
<i>brimonidine tartrate (0.1 %, 0.15 %, 0.2 %)</i>	gen	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)</i>	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
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>	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

<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	gen	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)</i>	gen	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	brd	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>tafluprost (pf) 0.0015 % solution</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	gen	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	npd	

ÓTICOS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	gen	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	npd	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	gen	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	brd	
DERMOTIC 0.01 % OIL	brd	
<i>flac 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	gen	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	gen	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	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
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	gen	
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL		
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUIITY 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 (7 METERED DOSES) 110 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)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	brd	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>	gen	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)</i>	gen	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	gen	PA
DESLORATADINE (2.5 MG TAB DISP, 5 MG TAB DISP)	gen	ST
<i>desloratadine 5 mg tab</i>	gen	
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 10 mg/5ml syrup, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	PA

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
<i>hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)</i>	gen	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	gen	
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	gen	QL (30.5 PER 30 DAYS)
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml, 12.5 mg/10ml)</i>	gen	PA
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	gen	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	gen	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	gen	QL (13.4 PER 30 DAYS)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	gen	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)</i>	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
<i>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)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ALBUTEROL SULFATE ER (ER 4 MG TAB ER 12H, ER 8 MG TAB ER 12H)	gen	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	gen	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>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)</i>	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i>	gen	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>terbutaline sulfate 1 mg/ml solution</i>	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

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
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
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

<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
--	-----	--------------------------------

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

<i>caffeine citrate (20 mg/ml, 60 mg/3ml)</i>	gen	
<i>elixophyllin 80 mg/15ml elixir</i>	gen	
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	gen	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	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	
<i>theophylline (80 mg/15ml elixir, 80 mg/15ml solution)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	

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)
<i>alyq 20 mg tab</i>	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)</i>	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	gen	PA, QL (12 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
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	spec	PA, LA, QL (4 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 200 & 800 MCG TAB THPK	spec	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	spec	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	spec	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	spec	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>acetylcysteine (10 %, 20 %)</i>	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)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (23 PER 30 DAYS)
<i>benzonatate (benzonatate 100 mg cap, benzonatate 150 mg cap, benzonatate 150 mg cap, benzonatate 200 mg cap)</i>	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)
<i>breyndra (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	brd	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (10.7 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
<i>bromfed dm 2-30-10 mg/5ml syrup</i>	gen	EDC
<i>bromphen-pseudoeph-dm 2-30-10 mg/5ml syrup</i>	gen	EDC
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	brd	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	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)
<i>g tussin ac 100-10 m/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaiaatussin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml)</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>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)</i>	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydromet 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>maxi-tuss ac 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), 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
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (34 PER 30 DAYS)
<i>nebusal 3 % soln</i>	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 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml syrup</i>	gen	PA, EDC
<i>promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-phenylephrine (promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup, promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup)</i>	gen	PA
<i>pseudoeph-bromphen-dm 30-2-10 mg/5ml syrup</i>	gen	EDC
<i>pulmosal 7 % nebu soln</i>	gen	EDC
<i>sodium chloride (3 % soln, 7 % soln, 10 % soln)</i>	gen	EDC
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)
<i>virtussin a/c 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>virtussin ac w/alc 100-10 mg/5ml liquid</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	gen	QL (60 PER 30 DAYS)

MIORRELAJANTES

<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	PA

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
<i>metaxalone (400 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

<i>estazolam (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
FLURAZEPAM HCL (15 MG CAP, 30 MG CAP)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam (22.5 mg cap, 30 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 7.5 mg cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

EUGEROICOS

<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SODIUM OXYBATE 500 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (540 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
Uncategorized		
Unclassified		
BRUKINSA 160 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

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate	53	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	122
abacavir sulfate-lamivudine	53	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	122
abacavir-lamivudine-zidovudine	53	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK	122
ABELCET	27	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	122
abigale	100	AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	122
abigale lo	100	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	122
ABILIFY MAINTENA	47	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	122
abiraterone acetate	31	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	122
abirtega	31	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	122
ABRYSVO	117	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	122
acamprosate calcium	6	AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC	122
acarbose	58	AEROVENT PLUS	122
accutane	82	afirmelle	100
acebutolol hcl	68	AIMOVIG	29
acetaminophen-codeine	3	ak-poly-bac	130
acetazolamide	71	AKEEGA	33
acetazolamide er	133	ala-cort	82
acetic acid	134	albendazole	43
acetylcysteine	139	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair)	136
acitretin	82	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil)	136
ACTHIB	117	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	136
ACTIMMUNE	115	albuterol sulfate	136,137
acyclovir	56,87	ALBUTEROL SULFATE ER	137
acyclovir sodium	56	albuterol sulfate hfa	137
ADACEL	117	alclometasone dipropionate	82
adapalene	82	ALCOHOL 70% PADS	122
adefovir dipivoxil	51	ALCOHOL PREP	122
ADEMPAS	138	ALCOHOL PREP PADS	122
ADTHYZA	110	ALCOHOL SWABS	122
ADVAIR HFA	139	ALCOHOL SWABSTICK	122
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	121	alcohol wipes	85
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER	121	ALDURAZYME	94
AEROCHAMBER MINI CHAMBER	121	ALECENSA	34
AEROCHAMBER MV	121	alendronate sodium	120
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE	121	alfuzosin hcl er	96
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	122	aliskiren fumarate	71
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM	121		
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	121		

allopurinol.....	29	anagrelide hcl.....	64
alosetron hcl.....	92	ANALPRAM HC.....	85
alprazolam.....	56	ANALPRAM-HC.....	85
alprazolam er.....	56,57	anastrozole.....	34
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	57	ANORO ELLIPTA.....	139
alprazolam xr.....	57	anucort-hc.....	83
altavera.....	100	anusol-hc.....	83
ALUNBRIG.....	34	apomorphine hcl.....	45
alyacen 1/35.....	100	apraclonidine hcl.....	133
alyacen 7/7/7.....	100	aprepitant.....	26
alyq.....	138	apri.....	100
amabelz.....	100	APTIVUS.....	54
amantadine hcl.....	45	AQ INSULIN SYRINGE.....	122
ambrisentan.....	138	AQINJECT PEN NEEDLE.....	122
amethia.....	100	ARALAST NP.....	94
amethyst.....	100	aranelle.....	100
amikacin sulfate.....	7	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	64
amiloride hcl.....	74	ARCALYST.....	113
amiloride-hydrochlorothiazide.....	71	AREXVY.....	117
amiodarone hcl.....	67	arformoterol tartrate.....	137
amitriptyline hcl.....	25	argyle sterile water.....	122
amlodipine besy-benazepril hcl.....	71	ARIKAYCE.....	7
amlodipine besylate.....	69	aripiprazole.....	47
amlodipine besylate-valsartan.....	71	armodafinil.....	142
amlodipine-atorvastatin.....	71	ARMOUR THYROID.....	110
amlodipine-olmesartan.....	71	ARNUITY ELLIPTA.....	135
amlodipine-valsartan-hctz.....	71	ascomp-codeine.....	3
ammonium lactate.....	83	asenapine maleate.....	47
amnesteem.....	82	ashlyna.....	100
amoxapine.....	25	ASMANEX (120 METERED DOSES).....	135
amoxicillin.....	12	ASMANEX (14 METERED DOSES).....	135
amoxicillin-pot clavulanate.....	12	ASMANEX (30 METERED DOSES).....	135
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	12	ASMANEX (60 METERED DOSES).....	135
amphetamine sulfate.....	77	ASMANEX (7 METERED DOSES).....	135
amphetamine-dextroamphet er.....	77	ASMANEX HFA.....	135
amphetamine-dextroamphetamine.....	77,78	aspirin-dipyridamole er.....	65
AMPHOTERICIN B.....	27	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	122
amphotericin b liposome.....	27	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	123
ampicillin.....	12	atazanavir sulfate.....	54,55
ampicillin sodium.....	12	atenolol.....	68
ampicillin-sulbactam sodium.....	13	atenolol-chlorthalidone.....	71

atomoxetine hcl.....	78	bacitracin-polymyxin b.....	130
atorvastatin calcium.....	75	baclofen.....	51
atovaquone.....	43	balsalazide disodium.....	119
atovaquone-proguanil hcl.....	43	BALVERSA.....	34
atropine sulfate.....	130	balziva.....	101
ATROVENT HFA.....	136	BAQSIMI ONE PACK.....	60
aubra.....	100	BAQSIMI TWO PACK.....	60
aubra eq.....	100	BARACLUDGE.....	51
AUGMENTIN.....	13	BCG VACCINE.....	117
AUGTYRO.....	33	BD INSULIN SYRINGE.....	123
AUM ALCOHOL PREP PADS.....	123	BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC.....	123
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	123	BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC.....	123
AUM PEN NEEDLE.....	123	BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC.....	123
AURANOFIN.....	113	BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC.....	123
aurovela 1.5/30.....	100	benazepril hcl.....	66
aurovela 1/20.....	100	benazepril-hydrochlorothiazide.....	72
aurovela 24 fe.....	100	BENLYSTA.....	113
aurovela fe 1.5/30.....	100	BENZNIDAZOLE.....	44
aurovela fe 1/20.....	100	benzonatate.....	139
AUVELITY.....	23	benzoyl peroxide-erythromycin.....	82
avar-e emollient.....	85	benztropine mesylate.....	44
avar-e green.....	85	bepotastine besilate.....	131
aviane.....	100	BESIVANCE.....	15
avidoxy.....	16	BESREMI.....	115
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	34	betaine.....	94
ayuna.....	100	betamethasone dipropionate.....	83
AYVAKIT.....	34	betamethasone dipropionate aug.....	83
azasan.....	115	betamethasone valerate.....	83
azathioprine.....	115	BETASERON.....	81
AZATHIOPRINE SODIUM.....	115	betaxolol hcl.....	68,133
azelaic acid.....	82	bethanechol chloride.....	96
azelastine hcl.....	131,135	BETOPTIC-S.....	133
azelastine-fluticasone.....	139	bexarotene.....	43
azithromycin.....	14	BEXSERO.....	117
aztreonam.....	8	bicalutamide.....	31
azurette.....	101	BICILLIN C-R.....	13
		BICILLIN C-R 900/300.....	13
B			
bac (butalbital-acetamin-caff).....	80		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	130		
BACITRACIN.....	131		

BICILLIN L-A.....	13	bupropion hcl er (smoking det).....	7
BIKTARVY.....	52	bupropion hcl er (sr).....	23
bimatoprost.....	134	bupropion hcl er (xl).....	23
BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	123	buspironone hcl.....	56
bisoprolol fumarate.....	68	butalbital-acetaminophen.....	80
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	72	butalbital-apap-caff-cod.....	3
BLEPHAMIDE.....	130	butalbital-apap-caffeine.....	80
blisovi 24 fe.....	101	butalbital-asa-caff-codeine.....	3
blisovi fe 1.5/30.....	101	butalbital-aspirin-caffeine.....	1
blisovi fe 1/20.....	101	butorphanol tartrate.....	3
BOOSTRIX.....	117		
bosentan.....	138	C	
BOSULIF.....	34	CABENUVA.....	54
BRAFTOVI.....	34	cabergoline.....	111
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT.....	123	CABOMETYX.....	35
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD.....	123	caffeine citrate.....	138
BREATHE EASE LARGE.....	123	calcipotriene.....	85
BREATHE EASE MEDIUM.....	123	calcipotriene-betameth diprop.....	85
BREATHE EASE SMALL.....	123	calcitonin (salmon).....	120
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	123	calcitrene.....	85
BREO ELLIPTA.....	139	CALCITRIOL.....	85,120
breynd.....	139	calcitriol.....	120
BREZTRI AEROSPHERE.....	139	CALQUENCE.....	35
briellyn.....	101	camila.....	109
brimonidine tartrate.....	133	camrese.....	101
brimonidine tartrate-timolol.....	130	camrese lo.....	101
brinzolamide.....	133	candesartan cilexetil.....	66
BRIVIACT.....	17	candesartan cilexetil-hctz.....	72
bromfed dm.....	140	CAPLYTA.....	47
bromfenac sodium (once-daily).....	132	CAPRELSA.....	35
bromocriptine mesylate.....	45	captopril.....	66
bromphen-pseudoeph-dm.....	140	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	72
BRUKINSA.....	34,143	carbamazepine.....	20
budesonide.....	120,135	carbamazepine er.....	20
budesonide er.....	120	carbidopa.....	45
budesonide-formoterol fumarate.....	140	CARBIDOPA-LEVODOPA.....	46
bumetanide.....	74	carbidopa-levodopa er.....	46
buprenorphine.....	2	carbidopa-levodopa-entacapone.....	45
buprenorphine hcl.....	6	CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	123
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	6	carglumic acid.....	94
bupropion hcl.....	23	carisoprodol.....	141

CARTEOLOL HCL.....	133	CILOXAN.....	15
cartia xt.....	69	CIMDUO.....	53
carvedilol.....	68	cimetidine.....	93
carvedilol phosphate er.....	68	cinacalcet hcl.....	120
cataflam.....	1	CIPRO HC.....	134
CAYSTON.....	8	ciprofloxacin.....	15
caziant.....	101	ciprofloxacin hcl.....	15,134
CEFACLOR.....	10	ciprofloxacin in d5w.....	15
CEFACLOR ER.....	10	ciprofloxacin-dexamethasone.....	134
cefadroxil.....	10	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF..	134
cefazolin sodium.....	10	citalopram hydrobromide.....	24
cefdinir.....	10	claravis.....	82
CEFEPIME HCL.....	11	clarithromycin.....	14
cefixime.....	11	clarithromycin er.....	14
cefotetan disodium.....	11	CLEOCIN.....	8
cefoxitin sodium.....	11	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER..	123
CEFPODOXIME PROXETIL.....	11	CLIMARA PRO.....	101
cefprozil.....	11	clindacin.....	87
CEFTAZIDIME.....	11	clindacin etz.....	87
ceftriaxone sodium.....	11	clindacin-p.....	87
cefuroxime axetil.....	11	clindamycin hcl.....	8
cefuroxime sodium.....	11	clindamycin palmitate hcl.....	8
celecoxib.....	1	clindamycin phos (once-daily).....	87
cephalexin.....	11	clindamycin phos (twice-daily).....	87
cetirizine hcl.....	135	clindamycin phos-benzoyl perox.....	82
cevimeline hcl.....	81	clindamycin phosphate.....	8,87
charlotte 24 fe.....	101	clindamycin phosphate in d5w.....	8
chateal.....	101	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	8
chateal eq.....	101	CLINDESSE.....	8
CHEMET.....	90	clobazam.....	19
chlordiazepoxide-clidinium.....	92	clobetasol prop emollient base.....	83
chlorhexidine gluconate.....	81	clobetasol propionate.....	83
chloroquine phosphate.....	44	clobetasol propionate e.....	83
chlorpromazine hcl.....	46	clodan.....	83
chlorthalidone.....	74	clomipramine hcl.....	25
cholestyramine.....	75	clonazepam.....	57
cholestyramine light.....	75	clonidine.....	65
ciclodan.....	87	clonidine hcl.....	65
ciclopirox.....	87	clonidine hcl er.....	78
ciclopirox olamine.....	87	clopidogrel bisulfate.....	65
cilostazol.....	65	clorazepate dipotassium.....	57

clotrimazole	27	CRESEMBA	27
clotrimazole-betamethasone	85	cromolyn sodium	93,131,138
clovique	90	cryselle-28	101
clozapine	50	CVS ALCOHOL PREP PADS	124
COARTEM	44	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE	124
COBENFY	50	cvs isopropyl alcohol wipes	85
COBENFY STARTER PACK	50	cyanocobalamin	91
codeine sulfate	4	cyclafem 1/35	101
CODEINE SULFATE	4	cyclafem 7/7/7	101
colchicine	29	cyclobenzaprine hcl	141
colchicine-probenecid	29	CYCLOPHOSPHAMIDE	31
colesevelam hcl	75	cyclosporine	115
colestipol hcl	75	cyclosporine modified	115
colistimethate sodium (cba)	8	cyproheptadine hcl	135
COMBIVENT RESPIMAT	140	cyred	101
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	35	cyred eq	101
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	35	CYSTAGON	94
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	35	CYTRA K CRYSTALS	96
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	123		
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	123	D	
COMPACT SPACE CHAMBER	124	dabigatran etexilate mesylate	62
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK	124	dalfampridine er	81
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK	124	danazol	99
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK	124	dantrolene sodium	51
compro	26	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	76
constulose	91	dapsone	30,87
COPIKTRA	35	DAPTACEL	117
CORLANOR	72	daptomycin	8
CORTIFOAM	120	darifenacin hydrobromide er	95
CORTISONE ACETATE	97	darunavir	55
CORTISPORIN-TC	134	dasatinib	35
COSENTYX	113	dasetta 1/35	101
COSENTYX (300 MG DOSE)	113	dasetta 7/7/7	101
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	113	DAURISMO	35
COSENTYX SENSOREADY PEN	113	daysee	101
COSENTYX UNOREADY	113	deblitane	109
COTELLIC	35	decadron	97
covaryx	101	deferasirox	90
covaryx hs	101	DELSTRIGO	52
CREON	94	delyla	101
		demeclocycline hcl	16

DENGVAXIA.....	117	dicyclomine hcl.....	92
DEPO-ESTRADIOL.....	101	DIFICID.....	14
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	109	DIFLORASONE DIACETATE.....	83
depo-testosterone.....	99	diflunisal.....	1
DERMOTIC.....	134	difluprednate.....	132
DESCOVY.....	53	digitek.....	67
desipramine hcl.....	25	digox.....	67
DESLORATADINE.....	135	digoxin.....	67
desloratadine.....	135	dihydroergotamine mesylate.....	29
desmopressin ace spray refrig.....	98	DILANTIN.....	20
desmopressin acetate.....	98,99	DILANTIN INFATABS.....	20
desmopressin acetate pf.....	99	DILANTIN-125.....	20
desmopressin acetate spray.....	99	dilt-xr.....	69
desogestrel-ethinyl estradiol.....	101	diltiazem hcl.....	70
desonide.....	83	DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	70
desoximetasone.....	83	DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	70
desvenlafaxine succinate er.....	24	DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	70
dexamethasone.....	97	DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	70
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	97	DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	70
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	97	diltiazem hcl er.....	70
dexamethasone sod phosphate pf.....	97	diltiazem hcl er beads.....	70
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	97,132	dimethyl fumarate.....	81
dexmethylphenidate hcl.....	79	dimethyl fumarate starter pack.....	81
dexmethylphenidate hcl er.....	79	DIPENTUM.....	119
dextroamphetamine sulfate.....	78	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	92
dextroamphetamine sulfate er.....	78	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	117
dextrose.....	87	dipyridamole.....	65
dextrose in lactated ringers.....	87	disopyramide phosphate.....	67
DEXTROSE-NACL.....	87	disulfiram.....	6
dextrose-sodium chloride.....	88	divalproex sodium.....	17
DIACOMIT.....	17	divalproex sodium er.....	17
diazepam.....	19,57	dodex.....	91
DIAZEPAM.....	19	dofetilide.....	67
diazepam intensol.....	57	dolishale.....	101
diazoxide.....	60	donepezil hcl.....	22
diclofenac potassium.....	1		
diclofenac sodium.....	1,132		
diclofenac sodium er.....	1		
diclofenac-misoprostol.....	1		
dicloxacillin sodium.....	13		

DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG.....	22	ec-naproxen.....	1
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG.....	22	econazole nitrate.....	27
dorzolamide hcl.....	133	ed-spaz.....	92
dorzolamide hcl-timolol mal.....	130	EDURANT.....	52
dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	130	EDURANT PED.....	52
dotti.....	102	eemt.....	102
DOVATO.....	52	eemt hs.....	102
doxazosin mesylate.....	66	EFAVIRENZ.....	52
doxepin hcl.....	25	efavirenz.....	52
doxercalciferol.....	120	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	52
doxy 100.....	16	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	52
doxycycline.....	16	effer-k.....	88
doxycycline hyclate.....	16	ELAPRASE.....	94
doxycycline monohydrate.....	16	elinest.....	102
doxylamine-pyridoxine.....	26	ELIQUIS.....	63
DRIZALMA SPRINKLE.....	80	ELIQUIS (1,5 MG PACK).....	63
dronabinol.....	26	ELIQUIS (2 MG PACK).....	63
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	124	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	63
DROPLET MICRON.....	124	elixophyllin.....	138
DROPLET PEN NEEDLES.....	124	ELMIRON.....	96
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	124	eltrombopag olamine.....	64
drosipren-eth estrad-levomefol.....	102	eluryng.....	102
drosiprenone-ethinyl estradiol.....	102	EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	125
DROXIA.....	94	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	125
droxidopa.....	65,66	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	125
duloxetine hcl.....	80,81	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	125
DUPIXENT.....	113	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	125
dutasteride.....	96	EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	125
dutasteride-tamsulosin hcl.....	96	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	125
		EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	125
E		EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	125
e.e.s. 400.....	14	EMBRACE PEN NEEDLES.....	125
EASIVENT.....	124	EMGALITY.....	29
EASIVENT MASK LARGE.....	124	EMGALITY (300 MG DOSE).....	29
EASIVENT MASK MEDIUM.....	124	emoquette.....	102
EASIVENT MASK SMALL.....	124	EMSAM.....	23
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	125	emtricitab-rlpivir-tenofov df.....	52
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	125	emtricitabine.....	53
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	125	emtricitabine-tenofovir df.....	53
		EMTRIVA.....	53
		emzahh.....	109

enalapril maleate.....	66	ERYTHROCIN STEARATE.....	14
enalapril-hydrochlorothiazide.....	72	erythromycin.....	14,87,131
ENBREL.....	115	erythromycin base.....	15
ENBREL MINI.....	115	erythromycin ethylsuccinate.....	15
ENBREL SURECLICK.....	115	erythromycin lactobionate.....	15
endocet.....	4	ERZOFRI.....	47,48
ENGERIX-B.....	117	escitalopram oxalate.....	24
enilloring.....	102	esgic.....	80
enoxaparin sodium.....	63	eslicarbazepine acetate.....	20,21
enpresse-28.....	102	esomeprazole magnesium.....	93,94
enskyce.....	102	est estrogens-methyltest.....	102
entacapone.....	45	est estrogens-methyltest ds.....	102
entecavir.....	51	est estrogens-methyltest hs.....	102
ENTRESTO.....	72	estarylla.....	102
enulose.....	91	estazolam.....	142
ENVARUSUS XR.....	115	estradiol.....	102
EPIDIOLEX.....	17	estradiol valerate.....	103
EPIFOAM.....	85	estradiol-norethindrone acet.....	103
epinastine hcl.....	131	ESTRING.....	103
epinephrine.....	137	eszopiclone.....	142
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	137	ethambutol hcl.....	30
epitol.....	20	ethosuximide.....	19
EPIVIR HBV.....	51	ethynodiol diac-eth estradiol.....	103
eplerenone.....	74	etodolac.....	1
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC.....	126	etodolac er.....	1
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L.....	126	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	103
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M.....	126	etravirine.....	53
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S.....	126	EUCRISA.....	83
EQUETRO.....	57	EULEXIN.....	31
ergocalciferol.....	120	euthyrox.....	110
ERGOLOID MESYLATES.....	22	everolimus.....	35,36,115
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	29	EVOTAZ.....	55
ERIVEDGE.....	35	exemestane.....	34
ERLEADA.....	31	ezetimibe.....	76
erlotinib hcl.....	35	ezetimibe-simvastatin.....	76
errin.....	109		
ertapenem sodium.....	14	F	
ERY.....	87	falmina.....	103
ery-tab.....	14	famciclovir.....	56
erythrocin lactobionate.....	14	famotidine.....	93
		FANAPT.....	48

FANAPT TITRATION PACK A.....	48	fluorometholone.....	132
FANAPT TITRATION PACK B.....	48	fluorouracil.....	85
FANAPT TITRATION PACK C.....	48	fluoxetine hcl.....	24
FARXIGA.....	76	FLUOXETINE HCL.....	24
fayosim.....	103	FLUOXETINE HCL (PMDD).....	24
febuxostat.....	29	fluphenazine decanoate.....	46
feirza 1.5/30.....	103	FLUPHENAZINE HCL.....	46
feirza 1/20.....	103	FLURAZEPAM HCL.....	142
felbamate.....	17	FLURBIPROFEN.....	1
felodipine er.....	69	FLURBIPROFEN SODIUM.....	132
femynor.....	103	FLUTAMIDE.....	31
fenofibrate.....	75	fluticasone propionate.....	84,140
fenofibrate micronized.....	75	fluticasone-salmeterol.....	140
fenofibric acid.....	75	FLUTICASONE-SALMETEROL.....	140
fentanyl.....	2	fluvastatin sodium.....	75
fesoterodine fumarate er.....	95	fluvastatin sodium er.....	75
FETZIMA.....	24	fluvoxamine maleate.....	24
FETZIMA TITRATION.....	24	fluvoxamine maleate er.....	24
FIASP.....	60	FML.....	132
FIASP FLEXTOUCH.....	60	FML FORTE.....	132
FIASP PENFILL.....	61	folic acid.....	91
FIASP PUMPCART.....	61	fondaparinux sodium.....	63
fidaxomicin.....	15	formoterol fumarate.....	137
finasteride.....	96	fosamprenavir calcium.....	55
fingolimod hcl.....	81	fosfomycin tromethamine.....	8
FINTEPLA.....	17	fosinopril sodium.....	67
finzala.....	103	fosinopril sodium-hctz.....	72
flac.....	134	FOTIVDA.....	36
flavoxate hcl.....	95	FRUZAQLA.....	33
flecainide acetate.....	67	FULPHILA.....	64
FLEXICHAMBER.....	126	fulvestrant.....	32
fluconazole.....	27	furosemide.....	74
fluconazole in sodium chloride.....	27	fyavolv.....	103
flucytosine.....	27	FYCOMPA.....	17
fludrocortisone acetate.....	97		
flunisolide.....	140	G	
fluocinolone acetonide.....	83,134	g tussin ac.....	140
fluocinolone acetonide body.....	84	gabapentin.....	19
fluocinolone acetonide scalp.....	84	galantamine hydrobromide.....	22
fluocinonide.....	84	galantamine hydrobromide er.....	22
fluocinonide emulsified base.....	84	galbriela.....	103

gallifrey	109
GAMUNEX-C	113
GARDASIL 9	117
gatifloxacin	131
GAUZE PADS 2	126
GAVILYTE-C	93
gavilyte-g	93
gavilyte-n with flavor pack	91
GAVRETO	36
gefitinib	36
gemfibrozil	75
gemmily	103
GEMTESA	95
generlac	91
gengraf	115
GENTAK	132
gentamicin sulfate	7,132
GENVOYA	52
GILOTRIF	36
glatiramer acetate	81
glatopa	81
GLEOSTINE	31
glimepiride	58
glipizide	58
glipizide er	58
glipizide xl	58
glipizide-metformin hcl	58
GLUCAGEN HYPOKIT	60
glucagon emergency	60
GLUCAGON EMERGENCY	60
glyburide	58
GLYBURIDE MICRONIZED	58
glyburide-metformin	58
glycopyrrolate	92
GLYXAMBI	58
GNP PEN NEEDLES	126
GOMEKLI	36
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	126
granisetron hcl	27
griseofulvin microsize	27
griseofulvin ultramicrosize	28

guaiaatussin ac	140
guaifenesin ac	140
guaifenesin-codeine	140
guanfacine hcl	66
guanfacine hcl er	79
GYNAZOLE-1	28

H

HADLIMA	116
HADLIMA PUSH TOUCH	116
HAEGARDA	112
hailey 1.5/30	103
hailey 24 fe	103
hailey fe 1.5/30	103
hailey fe 1/20	103
halobetasol propionate	84
haloette	103
haloperidol	46
haloperidol decanoate	47
haloperidol lactate	47
HAVRIX	118
heather	109
hemmorex-hc	84
heparin sodium (porcine)	63
heparin sodium (porcine) pf	63
HEPLISAV-B	118
HERNEXEOS	36
HIBERIX	118
HIZENTRA	113
HOMATROPAIRE	130
HUMALOG	61
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61
HUMALOG KWIKPEN	61
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	61
HUMALOG MIX 75/25	61
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	61
HUMULIN 70/30	61
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	61
HUMULIN N	61
HUMULIN N KWIKPEN	61
HUMULIN R	61

irbesartan.....	66
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	72
ISENTRESS.....	52
ISENTRESS HD.....	52
isibloom.....	103
isoniazid.....	30
isopropyl alcohol.....	86
isopropyl alcohol wipes.....	86
isosorb dinitrate-hydralazine.....	72
isosorbide dinitrate.....	76
isosorbide mononitrate.....	77
isosorbide mononitrate er.....	77
isotretinoin.....	82
isradipine.....	69
ITOVEBI.....	37
itraconazole.....	28
ivabradine hcl.....	72
ivermectin.....	43
IWILFIN.....	33
IXIARO.....	118

J

jaimiess.....	103
JAKAFI.....	37
jantoven.....	63
JANUMET.....	58
JANUMET XR.....	58
JANUVIA.....	59
JARDIANCE.....	76
jasmiel.....	103
JAYPIRCA.....	37
jencycla.....	109
JENTADUETO.....	59
JENTADUETO XR.....	59
jinteli.....	103
jolessa.....	103
joyeaux.....	103
JUBBONTI.....	121
juleber.....	104
JULUCA.....	52
junel 1.5/30.....	104

junel 1/20.....	104
junel fe 1.5/30.....	104
junel fe 1/20.....	104
junel fe 24.....	104
JYNARQUE.....	90
JYNNEOS.....	118

K

k-prime.....	88
kaitlib fe.....	104
KALETRA.....	55
kalliga.....	104
KALYDECO.....	137
kariva.....	104
kcl in dextrose-nacl.....	88
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	88
kelnor 1/35.....	104
kelnor 1/50.....	104
KERENDIA.....	59
ketoconazole.....	28
ketorolac tromethamine.....	133
KINRIX.....	118
kionex.....	90
KISQALI (200 MG DOSE).....	37
KISQALI (400 MG DOSE).....	37
KISQALI (600 MG DOSE).....	37
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	37
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	37
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	37
klayesta.....	28
klor-con.....	88
klor-con 10.....	88
klor-con m10.....	88
klor-con m15.....	88
klor-con m20.....	88
klor-con/ef.....	88
KLOXXADO.....	6
KOSELUGO.....	37
kourzeq.....	81
KRAZATI.....	37
kurvelo.....	104

L

l-glutamine.....	94	leucovorin calcium.....	33
labetalol hcl.....	68	LEUKERAN.....	31
lacosamide.....	21	leuprolide acetate.....	111
lactated ringers.....	89,126	levabuterol hcl.....	137
lactulose.....	91	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	137
lactulose encephalopathy.....	91	levetiracetam.....	18
lamivudine.....	51,53	levetiracetam er.....	18
lamivudine-zidovudine.....	53	levo-t.....	110
lamotrigine.....	17	LEVOBUNOLOL HCL.....	133
lamotrigine er.....	17	levocarnitine.....	94
lamotrigine starter kit-blue.....	17	levocarnitine sf.....	95
lamotrigine starter kit-green.....	17	levocetirizine dihydrochloride.....	136
lamotrigine starter kit-orange.....	18	levofloxacin.....	15
lansoprazole.....	94	LEVOFLOXACIN.....	15,132
LANTUS.....	62	levofloxacin in d5w.....	15
LANTUS SOLOSTAR.....	62	levonest.....	104
lapatinib ditosylate.....	37	levonorg-eth estrad triphasic.....	104
larin 1.5/30.....	104	levonorgest-eth est & eth est.....	104
larin 1/20.....	104	levonorgest-eth estrad 91-day.....	104
larin 24 fe.....	104	levonorgest-eth estradiol-iron.....	104
larin fe 1.5/30.....	104	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	104
larin fe 1/20.....	104	levora 0.15/30 (28).....	105
larissia.....	104	levothyroxine sodium.....	111
latanoprost.....	134	levoxyl.....	111
layolis fe.....	104	LEXIVA.....	55
LAZCLUZE.....	38	lidocaine.....	6
leena.....	104	lidocaine hcl.....	6
leflunomide.....	116	LIDOCAINE HCL.....	6
lenalidomide.....	32	lidocaine viscous hcl.....	6
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	38	lidocaine-prilocaine.....	6
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	38	lidocan.....	6
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	38	LILETTA (52 MG).....	109
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	38	lillow.....	105
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	38	lincomycin hcl.....	8
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	38	linezolid.....	8,9
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	38	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	9
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	38	LINZESS.....	91
lessina.....	104	liothyronine sodium.....	111
letrozole.....	34	lisdexamfetamine dimesylate.....	78
		lisinopril.....	67
		lisinopril-hydrochlorothiazide.....	72

lithium	57	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	38
lithium carbonate	58	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	38
lithium carbonate er	58	lyza	109
LIVTENCITY	51		
lo-zumandimine	105	M	
loestrin 1.5/30 (21)	105	M-M-R II	118
loestrin 1/20 (21)	105	mafenide acetate	87
loestrin fe 1.5/30	105	magnesium sulfate	89
loestrin fe 1/20	105	malathion	86
lojaimiess	105	maraviroc	54
LOKELMA	91	marlissa	105
LONSURF	33	MARPLAN	23
loperamide hcl	92	MATULANE	31
lopinavir-ritonavir	55	matzim la	70
lorazepam	57	MAVYRET	51
lorazepam intensol	57	maxi-tuss ac	140
LORBRENA	38	MAXIDEX	133
loryna	105	meclizine hcl	26
losartan potassium	66	medpura alcohol pads	86
losartan potassium-hctz	72	MEDROL	97
loteprednol etabonate	133	medroxyprogesterone acetate	109
lovastatin	75	mefloquine hcl	44
low-ogestrel	105	megestrol acetate	109
loxapine succinate	47	MEKINIST	39
lubiprostone	91	MEKTOVI	39
luizza 1.5/30	105	meleya	110
luizza 1/20	105	meloxicam	2
LULICONAZOLE	28	MELPHALAN	31
LUMAKRAS	38	memantine hcl	22
LUMIGAN	134	memantine hcl er	22
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	111	memantine hcl-donepezil hcl	22
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	112	MENACTRA	118
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	112	MENEST	105
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	112	MENQUADFI	118
lurasidone hcl	49	MENVEO	118
lutra	105	MEPHYTON	65
lyleq	109	meprobamate	56
lyllana	105	mercaptopurine	32
LYNPARZA	38	meropenem	14
LYSODREN	33	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	14
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	38	merzee	105

mesalamine.....	119,120	metyrosine.....	72
mesalamine er.....	120	mexiletine hcl.....	67
mesna.....	43	mibelas 24 fe.....	105
metaxalone.....	142	micafungin sodium.....	28
metformin hcl.....	59	MICONAZOLE 3.....	28
metformin hcl er.....	59	MICROCHAMBER.....	127
methadone hcl.....	2,3	microgestin 1.5/30.....	105
methadone hcl intensol.....	3	microgestin 1/20.....	105
methadose.....	3	microgestin 24 fe.....	105
methazolamide.....	134	microgestin fe 1.5/30.....	105
methenamine hippurate.....	9	microgestin fe 1/20.....	105
methergine.....	126	MICROSPACER.....	127
methimazole.....	112	midodrine hcl.....	66
methocarbamol.....	142	mifepristone.....	112
METHOTREXATE SODIUM.....	116	MIGERGOT.....	29
methotrexate sodium.....	116	miglitol.....	59
methotrexate sodium (pf).....	116	mili.....	105
METHOXSALLEN RAPID.....	86	mimvey.....	105
methscopolamine bromide.....	92	minitran.....	77
methsuximide.....	19	minocycline hcl.....	16
METHYLDOPA.....	66	minoxidil.....	76
METHYLDOPA- HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	72	minzoya.....	105
methylergonovine maleate.....	127	mirtazapine.....	23
methylphenidate hcl.....	79	misoprostol.....	93
METHYLPHENIDATE HCL ER.....	79	modafinil.....	142
methylphenidate hcl er.....	80	MODEYSO.....	33
methylphenidate hcl er (cd).....	79	moexipril hcl.....	67
methylphenidate hcl er (la).....	79	MOLINDONE HCL.....	47
methylphenidate hcl er (osm).....	80	mometasone furoate.....	84,141
methylprednisolone.....	97	mondoxyne nl.....	16
methylprednisolone acetate.....	98	mono-lynyah.....	106
methylprednisolone sodium succ.....	98	montelukast sodium.....	136
methyltestosterone.....	99	morgidox.....	16
metoclopramide hcl.....	26	MORPHINE SULFATE.....	4
METOCLOPRAMIDE HCL.....	26	morphine sulfate.....	5
metolazone.....	74	morphine sulfate (concentrate).....	5
metoprolol succinate er.....	68	morphine sulfate er.....	3
metoprolol tartrate.....	68	MOUNJARO.....	59
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	72	MOVANTIK.....	91
metronidazole.....	9	moxifloxacin hcl.....	15,132
		MOXIFLOXACIN HCL.....	15

MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	132
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	15
MRESVIA.....	118
MULTAQ.....	67
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON.....	89
mupirocin.....	87
MUSE.....	99
mycophenolate mofetil.....	116
mycophenolate mofetil hcl.....	116
mycophenolate sodium.....	116
mycophenolic acid.....	116
myorisan.....	82
MYRBETRIQ.....	95

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	91
nabumetone.....	2
nadolol.....	68
nafcillin sodium.....	13
nafrinse.....	89
naftifine hcl.....	28
NAGLAZYME.....	95
naloxone hcl.....	7
naltrexone hcl.....	7
NAMZARIC.....	22
naproxen.....	2
naproxen dr.....	2
naproxen sodium.....	2
naratriptan hcl.....	29
NATACYN.....	132
nateglinide.....	59
NAYZILAM.....	6
nebivolol hcl.....	68
nebusal.....	141
necon 0.5/35 (28).....	106
NEFAZODONE HCL.....	24
neo-polycin.....	130
neo-polycin hc.....	130
neomycin sulfate.....	7
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	130
neomycin-polymyxin-dexameth.....	131
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN..	131
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	131
neomycin-polymyxin-hc.....	134
NERLYNX.....	39
nevirapine.....	53
NEVIRAPINE.....	53
NEVIRAPINE ER.....	53
nevirapine er.....	53
NEXPLANON.....	110
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	76
niacin er (antihyperlipidemic).....	76
NIACOR.....	76
nicardipine hcl.....	69
NICOTROL.....	7
NICOTROL NS.....	7
nifedipine.....	69
nifedipine er.....	69
nifedipine er osmotic release.....	69
nikki.....	106
nilotinib hcl.....	39
nilutamide.....	31
nimodipine.....	69
NINLARO.....	39
nisoldipine er.....	69
nitazoxanide.....	44
nitisinone.....	95
NITRO-BID.....	77
NITRO-DUR.....	77
NITRO-TIME.....	77
nitrofurantoin.....	9
nitrofurantoin macrocrystal.....	9
nitrofurantoin monohyd macro.....	9
nitroglycerin.....	77
NIVA THYROID.....	111
NIVESTYM.....	64
NIZATIDINE.....	93
nora-be.....	110
norelgestromin-eth estradiol.....	106
norethin ace-eth estrad-fe.....	106
norethin-eth estradiol-fe.....	106
norethindron-ethinyl estrad-fe.....	106

norethindrone	110	OCTREOTIDE ACETATE	112
norethindrone acet-ethinyl est.	106	ODEFSEY	53
norethindrone acetate	110	ODOMZO	39
norethindrone-eth estradiol	106	OFEV	139
norgestim-eth estrad triphasic	106	ofloxacin	15,132,135
norgestimate-eth estradiol	106	OGSIVEO	39
norlyda	110	OJEMDA	39
norlyroc	110	OJJAARA	33
nortrel 0.5/35 (28)	106	olanzapine	49
nortrel 1/35 (21)	106	olanzapine-fluoxetine hcl	23
nortrel 1/35 (28)	106	olmesartan medoxomil	66
nortrel 7/7/7	106	olmesartan medoxomil-hctz	72
nortriptyline hcl	25	olmesartan-amlodipine-hctz	73
NORVIR	55	olopatadine hcl	136
NovoFine 32G X 6 MM MISC	127	omega-3-acid ethyl esters	76
NOVOLIN R FLEXPEN	62	omeprazole	94
NOVOLIN R FLEXPEN RELION	62	OMNITROPE	93,99
NOVOLOG	62	ondansetron	27
NOVOLOG FLEXPEN	62	ONDANSETRON HCL	27
NOVOLOG FLEXPEN RELION	62	ondansetron hcl	27
NOVOLOG PENFILL	62	ONUREG	32
NOVOLOG RELION	62	OPIPZA	49
NovoTwist 32G X 5 MM MISC	127	OPSUMIT	138
NP THYROID	111	OPTICHAMBER DIAMOND	127
NUBEQA	31	OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK	127
NUDEXTA	80	OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	127
nulev	92	OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	127
NUPLAZID	49	OPVEE	127
NURTEC	29	oralone	81
NUTRILIPID	127	ORGOVYX	112
nyamyc	28	orquidea	110
nylia 1/35	106	ORSERDU	32
nylia 7/7/7	106	orsythia	106
nymyo	106	oscimin	92
nystatin	28	oscimin sr	92
nystatin-triamcinolone	86	oseltamivir phosphate	55
nystop	28	OSPHENA	110
O		OTEZLA	86,113
ocella	106	oxaprozin	2
octreotide acetate	112	oxazepam	57
		oxcarbazepine	21

oxiconazole nitrate.....	28	penicillin g potassium.....	13
oxybutynin chloride.....	95	PENICILLIN G SODIUM.....	13
oxybutynin chloride er.....	95	penicillin v potassium.....	13
oxycodone hcl.....	5	PENMENVY.....	118
oxycodone-acetaminophen.....	5	PENTACEL.....	118
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	5	pentamidine isethionate.....	44
oxymorphone hcl.....	5	pentazocine-naloxone hcl.....	5
OXYMORPHONE HCL ER.....	3	pentoxifylline er.....	73
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	59	perampanel.....	18
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	59	perindopril erbumine.....	67
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	59	periogard.....	81
P		permethrin.....	86
pacerone.....	67	perphenazine.....	26
paliperidone er.....	49	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	23
PANRETIN.....	43	PERSERIS.....	49
pantoprazole sodium.....	94	pfizerpen.....	13
paricalcitol.....	121	phenazo.....	96
paroxetine hcl.....	24	phenazopyridine hcl.....	96
PAROXETINE HCL.....	24	phenelzine sulfate.....	23
paroxetine hcl er.....	24	phenobarbital.....	19
paroxetine mesylate.....	25	phenobarbital-belladonna alk.....	93
PAXLOVID.....	56	phenohydro.....	93
PAXLOVID (150/100).....	56	phenytek.....	21
PAXLOVID (300/100).....	56	phenytoin.....	21
pazopanib hcl.....	39	phenytoin infatabs.....	21
pb-hyoscy-atropine-scopolamine.....	92,93	phenytoin sodium extended.....	21
PEDIARIX.....	118	philith.....	106
PEDVAX HIB.....	118	phospho-trin k500.....	96
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	91	phytonadione.....	65
peg-3350/electrolytes.....	93	PIFELTRO.....	53
peg-3350/electrolytes/ascorbat.....	91	pilocarpine hcl.....	81,134
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c.....	92	pimecrolimus.....	84
PEG-PREP.....	92	PIMOZIDE.....	47
PEGASYS.....	115	pimtrea.....	107
PEMAZYRE.....	39	pindolol.....	69
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	127	pioglitazone hcl.....	59
PEN NEEDLES.....	127	pioglitazone hcl-glimepiride.....	59
PENBRAYA.....	127	pioglitazone hcl-metformin hcl.....	59
penciclovir.....	87	piperacillin sod-tazobactam so.....	13
penicillamine.....	96	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	39
		PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	39

PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	39	premium lidocaine.....	6
pirfenidone.....	139	PREMPHASE.....	107
PIRFENIDONE.....	139	PREMPRO.....	107
pirmella 1/35.....	107	Prenatal vitamins.....	90
pirmella 7/7/7.....	107	prevalite.....	76
piroxicam.....	2	previfem.....	107
PNV 27-CA/FE/FA.....	89	PREVYMIS.....	51
POCKET CHAMBER.....	127	PREZCOBIX.....	55
POCKET SPACER.....	127	PREZISTA.....	55
podofilox.....	86	PRIFTIN.....	30
polycin.....	131	primaquine phosphate.....	44
polymyxin b sulfate.....	9	primidone.....	19
polymyxin b-trimethoprim.....	132	PRIORIX.....	118
POMALYST.....	32	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	127
portia-28.....	107	PRO COMFORT SPACER ADULT.....	127
posaconazole.....	28	PRO COMFORT SPACER CHILD.....	127
pot & sod cit-cit ac.....	96	PRO COMFORT SPACER INFANT.....	127
potassium chloride.....	89	probenecid.....	29
potassium chloride crys er.....	89	PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	127
potassium chloride er.....	89	PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	128
potassium chloride in dextrose.....	89	procentra.....	78
potassium chloride in nacl.....	89	PROCHAMBER VHC.....	128
potassium citrate er.....	89	prochlorperazine.....	26
potassium citrate-citric acid.....	96	prochlorperazine maleate.....	26
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	90	procto-med hc.....	84
pramipexole dihydrochloride.....	45	procto-pak.....	84
pramipexole dihydrochloride er.....	45	PROCTOFOAM HC.....	86
PRAMOSONE.....	86	proctosol hc.....	84
prasugrel hcl.....	65	proctozone-hc.....	85
pravastatin sodium.....	75	progesterone.....	110
praziquantel.....	43	PROGRAF.....	116
prazosin hcl.....	66	promethazine hcl.....	26,136
prednisolone.....	98	PROMETHAZINE VC.....	141
prednisolone acetate.....	133	PROMETHAZINE VC/CODEINE.....	141
prednisolone sodium phosphate.....	98	promethazine-codeine.....	141
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	133	promethazine-dm.....	141
prednisone.....	98	promethazine-phenyleph-codeine.....	141
PREDNISONE INTENSOL.....	98	promethazine-phenylephrine.....	141
pregabalin.....	81	promethegan.....	26
PREMARIN.....	107	propafenone hcl.....	67
PREMASOL.....	90	propafenone hcl er.....	68

proparacaine hcl.....	131	reclipsen.....	107
propranolol hcl.....	69	RECOMBIVAX HB.....	118
propranolol hcl er.....	69	REGRANEX.....	86
PROPRANOLOL-HCTZ.....	73	relafen.....	2
propylthiouracil.....	112	RELENZA DISKHALER.....	55
PROQUAD.....	118	RENTHYROID.....	111
protriptyline hcl.....	26	repaglinide.....	59
pseudoeph-bromphen-dm.....	141	REPATHA.....	76
pulmosal.....	141	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	76
PULMOZYME.....	137	REPATHA SURECLICK.....	76
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	128	RESTASIS.....	131
PURE COMFORT SPACER CHAMBER.....	128	RETACRIT.....	65
pyrazinamide.....	30	RETEVMO.....	39,40
pyridostigmine bromide.....	30	REVCOVI.....	95
pyridostigmine bromide er.....	30	REVUFORJ.....	40
pyrimethamine.....	44	REXULTI.....	49
Q		REYATAZ.....	55
qc alcohol.....	86	REZDIFFRA.....	111
QINLOCK.....	33	REZLIDHIA.....	40
QUADRACEL.....	118	RHOPRESSA.....	134
quetiapine fumarate.....	49	RIBAVIRIN.....	51
quetiapine fumarate er.....	49	ribavirin.....	52
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	128	RIDAURA.....	114
quinapril hcl.....	67	rifabutin.....	30
quinapril-hydrochlorothiazide.....	73	rifampin.....	30,31
quinidine gluconate er.....	68	riluzole.....	80
quinidine sulfate.....	68	RIMANTADINE HCL.....	56
quinine sulfate.....	44	ringers.....	90
QVAR REDHALER.....	135	ringers irrigation.....	128
R		RINVOQ.....	114
ra isopropyl alcohol wipes.....	86	RINVOQ LQ.....	114
RABAVERT.....	118	risedronate sodium.....	121
rabeprazole sodium.....	94	risperidone.....	50
RALDESY.....	25	risperidone microspheres er.....	50
raloxifene hcl.....	110	RITEFLO.....	128
ramelteon.....	142	ritonavir.....	55
ramipril.....	67	rivaroxaban.....	63
ranolazine er.....	73	rivastigmine.....	22
rasagiline mesylate.....	46	rivastigmine tartrate.....	22
		rivelsa.....	107
		rizatriptan benzoate.....	29

ROCKLATAN.....	131	silodosin.....	96
roflumilast.....	138	silver sulfadiazine.....	86
ROMVIMZA.....	40	SIMBRINZA.....	134
ropinirole hcl.....	45	SIMLANDI (1 PEN).....	116
ropinirole hcl er.....	45	SIMLANDI (1 SYRINGE).....	117
rosadan.....	9	SIMLANDI (2 PEN).....	117
rosuvastatin calcium.....	75	SIMLANDI (2 SYRINGE).....	117
rosyrah.....	107	simliya.....	107
ROTARIX.....	119	simpesse.....	107
ROTATEQ.....	119	simvastatin.....	75
roweepra.....	18	sirolimus.....	117
ROZLYTREK.....	40	SIRTURO.....	31
RUBRACA.....	40	SKYRIZI.....	114
rufinamide.....	21	SKYRIZI (150 MG DOSE).....	114
RUKOBIA.....	54	SKYRIZI PEN.....	114
RYBELSUS.....	60	SMOFLIPID.....	128
RYDAPT.....	40	sod citrate-citric acid.....	97
S		sodium chloride.....	90,141
sacubitril-valsartan.....	73	sodium chloride (pf).....	90
sajazir.....	113	sodium chloride bacteriostatic.....	128
saline bacteriostatic.....	128	sodium fluoride.....	90
salsalate.....	2	SODIUM OXYBATE.....	142
SANDIMMUNE.....	116	sodium phenylbutyrate.....	95
SANTYL.....	86	sodium polystyrene sulfonate.....	91
sapropterin dihydrochloride.....	95	solifenacin succinate.....	95
SCEMBLIX.....	40	SOLTAMOX.....	32
scopolamine.....	26	SOMAVERT.....	112
SECUADO.....	50	sorafenib tosylate.....	40
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	128	sorine.....	68
selegiline hcl.....	46	sotalol hcl.....	68
selenium sulfide.....	85	sotalol hcl (af).....	68
SELZENTRY.....	54	SPINOSAD.....	86
SEREVENT DISKUS.....	137	SPIRIVA RESPIMAT.....	136
sertraline hcl.....	25	spironolactone.....	74
setlakin.....	107	spironolactone-hctz.....	73
sharobel.....	110	sprintec 28.....	107
SHINGRIX.....	119	SPRITAM.....	18
SIGNIFOR.....	112	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	91
sildenafil citrate.....	96,138	sronyx.....	107
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	128	ssd.....	86
		SSS 10-5.....	86

STAVUDINE.....	53	tafluprost (pf).....	134
sterile water for irrigation.....	128	TAGRISO.....	41
STIOLTO RESPIMAT.....	141	TALZENNA.....	41
STIVARGA.....	40	tamoxifen citrate.....	32
STREPTOMYCIN SULFATE.....	7	tamsulosin hcl.....	96
STRIBILD.....	52	tarina 24 fe.....	107
subvenite.....	18	tarina fe 1/20.....	107
subvenite starter kit-blue.....	18	tarina fe 1/20 eq.....	107
subvenite starter kit-green.....	18	tasimelteon.....	142
subvenite starter kit-orange.....	18	taysofy.....	107
sucralfate.....	93	tazarotene.....	82
sulfacetamide sodium.....	132	TAZICEF.....	11
sulfacetamide sodium (acne).....	82	taztia xt.....	70
sulfacetamide sodium-sulfur.....	86	TAZVERIK.....	41
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	131	TDVAX.....	119
sulfadiazine.....	16	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	128
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	16	TEFLARO.....	11
sulfasalazine.....	120	telmisartan.....	66
sulindac.....	2	telmisartan-amlodipine.....	73
sumatriptan.....	29	telmisartan-hctz.....	73
sumatriptan succinate.....	29,30	temazepam.....	142
sumatriptan succinate refill.....	30	TEMIXYS.....	54
sunitinib malate.....	40,41	TENCON.....	80
SUNLENCA.....	54	TENIVAC.....	119
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	128	tenofovir disoproxil fumarate.....	54
syeda.....	107	TEPMETKO.....	41
SYMPAZAN.....	19	terazosin hcl.....	66
SYMTUZA.....	55	terbinafine hcl.....	28
SYNAREL.....	112	terbutaline sulfate.....	137
SYNJARDY.....	60	terconazole.....	28
SYNJARDY XR.....	60	teriflunomide.....	81
SYNRIBO.....	41	teriparatide.....	121
SYNTHROID.....	111	testosterone.....	99,100
		testosterone cypionate.....	100
T		TESTOSTERONE ENANTHATE.....	100
TABLOID.....	33	tetrabenazine.....	80
TABRECTA.....	41	tetracycline hcl.....	16
tacrolimus.....	85,117	THALOMID.....	32
tadalafil.....	96	THEO-24.....	138
tadalafil (pah).....	139	theophylline.....	138
TAFINLAR.....	41	theophylline er.....	138

thioridazine hcl.....	47	trandolapril.....	67
thiothixene.....	47	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	73
THYROID.....	111	tranexamic acid.....	65
tiadylt er.....	70	tranylcypramine sulfate.....	23
tiagabine hcl.....	19	travoprost (bak free).....	134
TIBSOVO.....	41	trazodone hcl.....	25
ticagrelor.....	65	TRECATOR.....	31
TICOVAC.....	119	TRELEGY ELLIPTA.....	141
tigecycline.....	9	TRESIBA.....	62
tilia fe.....	107	TRESIBA FLEXTOUCH.....	62
timolol hemihydrate.....	133	tretinoin.....	43,82
timolol maleate.....	69,133	TREXALL.....	117
timolol maleate (once-daily).....	133	tri femynor.....	107
timolol maleate ocudose.....	133	tri-estarylla.....	107
timolol maleate pf.....	133	tri-legest fe.....	107
tinidazole.....	9	tri-linyah.....	108
tiotropium bromide.....	136	tri-lo-estarylla.....	108
tis-u-sol.....	128	tri-lo-marzia.....	108
TIVICAY.....	52	tri-lo-mili.....	108
TIVICAY PD.....	52	tri-lo-sprintec.....	108
tizanidine hcl.....	51	tri-mili.....	108
TOBRADEX.....	131	tri-nymyo.....	108
tobramycin.....	132,138	tri-previfem.....	108
tobramycin sulfate.....	8	tri-sprintec.....	108
tobramycin-dexamethasone.....	131	tri-vylibra.....	108
TOBREX.....	132	tri-vylibra lo.....	108
TOLAK.....	86	triamcinolone acetonide.....	81,85
tolterodine tartrate.....	96	triamterene.....	74
tolterodine tartrate er.....	96	triamterene-hctz.....	73
topiramate.....	18	triazolam.....	142
topiramate er.....	18	tricitrates.....	97
toremifene citrate.....	32	triderm.....	85
torse mide.....	74	trientine hcl.....	90
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	62	TRIENTINE HCL.....	90
TOUJEO SOLOSTAR.....	62	trifluoperazine hcl.....	47
TPN ELECTROLYTES.....	90	TRIFLURIDINE.....	132
TRACLEER.....	139	trihexyphenidyl hcl.....	44
TRADJENTA.....	60	TRIKAFTA.....	138
tramadol hcl.....	5,6	trimethobenzamide hcl.....	26
tramadol hcl er.....	3	trimethoprim.....	9
tramadol-acetaminophen.....	6	trimipramine maleate.....	26

TRINTELLIX.....	25	valproate sodium.....	18
TRIUMEQ.....	54	valproic acid.....	18
TRIUMEQ PD.....	54	valsartan.....	66
trivora (28).....	108	valsartan-hydrochlorothiazide.....	73
TRIZIVIR.....	54	VALTOCO 10 MG DOSE.....	20
tropium chloride.....	96	VALTOCO 15 MG DOSE.....	20
tropium chloride er.....	96	VALTOCO 20 MG DOSE.....	20
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	129	VALTOCO 5 MG DOSE.....	20
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	129	valtya 1/50.....	108
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	129	vanadom.....	142
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	129	vancomycin hcl.....	9,10
TRULICITY.....	60	VANDAZOLE.....	10
TRUMENBA.....	119	VANFLYTA.....	41
TRUQAP.....	41	VAQTA.....	119
TUKYSA.....	41	vardenafil hcl.....	97
tulana.....	110	varenicline tartrate.....	7
TURALIO.....	41	varenicline tartrate (starter).....	7
turqoz.....	108	varenicline tartrate(continue).....	7
TWINRIX.....	119	VARIVAX.....	119
TYBOST.....	54	VAXCHORA.....	119
tydemy.....	108	VECAMYL.....	74
TYENNE.....	114	VELIVET.....	108
TYMLOS.....	121	VENCLEXTA.....	41,42
TYPHIM VI.....	119	VENCLEXTA STARTING PACK.....	42
U		venlafaxine hcl.....	25
UDENYCA.....	65	venlafaxine hcl er.....	25
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	129	VEOZAH.....	80
UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	129	verapamil hcl.....	70
UNIFINE PENTIPS.....	129	VERAPAMIL HCL ER.....	71
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	129	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	129
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	129	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	129
unithroid.....	111	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	129
UPTRAVI.....	139	VERQUVO.....	74
ursodiol.....	93	VERSACLOZ.....	51
USTEKINUMAB-AEKN.....	114	VERZENIO.....	42
V		vestura.....	108
valacyclovir hcl.....	56	vienva.....	108
VALCHLOR.....	86	vigabatrin.....	20
valganciclovir hcl.....	51	vigadrone.....	20
		VIGAFYDE.....	20
		vigpoder.....	20

vilazodone hcl.....	25	XARELTO STARTER PACK.....	64
VIMKUNYA.....	119	XATMEP.....	117
viorele.....	108	XCOPRI.....	19,21
VIRACEPT.....	55	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	21
VIREAD.....	54	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	21
virtussin a/c.....	141	XDEMVY.....	131
virtussin ac w/alc.....	141	XELJANZ.....	114
vitamin d (ergocalciferol).....	121	XELJANZ XR.....	114
VITRAKVI.....	42	xelria fe.....	109
VIVOTIF.....	119	XERMELO.....	92
VIZIMPRO.....	42	XIFAXAN.....	10
volnea.....	108	XIGDUO XR.....	60
VONJO.....	43	XIIDRA.....	131
VORANIGO.....	42	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	56
voriconazole.....	28	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	56
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD...129		XOLAIR.....	114
VORTEX HOLD		XOSPATA.....	42
CHMBR/MASK/TODDLER.....	129	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	42
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK.130		XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	42
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER.130		XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	42
VOSEVI.....	52	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	42
VOWST.....	130	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	43
VRAYLAR.....	50	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	43
vyfemla.....	108	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	43
vylibra.....	108	XTANDI.....	32
VYZULTA.....	134	xulane.....	109
W		Y	
warfarin sodium.....	64	YESINTEK.....	114
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	130	YF-VAX.....	119
WELIREG.....	33	yuvafem.....	109
wera.....	108	Z	
WINREVAIR.....	139	zafemy.....	109
wixela inhub.....	141	zafirlukast.....	136
wymzya fe.....	109	zaleplon.....	142
WYOST.....	121	ZARXIO.....	65
X		zebutal.....	80
XALKORI.....	42	ZEJULA.....	43
xarah fe.....	109	ZELBORAF.....	43
XARELTO.....	64	zenatane.....	82

ZENPEP.....	95
zenzedi.....	78
zidovudine.....	54
ziprasidone hcl.....	50
ziprasidone mesylate.....	50
ZIRGAN.....	132
zoledronic acid.....	121
ZOLINZA.....	33
zolmitriptan.....	30
zolpidem tartrate.....	142
zolpidem tartrate er.....	142
ZONISADE.....	21
zonisamide.....	21
ZONTIVITY.....	64
zovia 1/35 (28).....	109
zovia 1/35e (28).....	109
ZTALMY.....	20
zumandimine.....	109
ZURZUVAE.....	23
ZYDELIG.....	43
ZYKADIA.....	43
ZYLET.....	131
ZYPREXA RELPREVV.....	50



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 مجاناً. اتصل على الرقم 1-800-776-4466 (TTY:711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ՀԱՅԵՐԵՆՆ

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 सेवाएं 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

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

ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាភតតិកថ្លែងគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយភតតិកថ្លែងផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

فارسي

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-776-4466 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

ਪੰਜਾਬੀ

ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ 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: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือ เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 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 09/02/2025 . 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