



Blue Shield Medicare (PPO)

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 #26274

Este formulario se actualizó el 05/21/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare 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-N-SP (05/26)
Y0118_25_386A2_C 08222025
05/21/2026

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

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

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 05/21/2026. Si necesita una lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización de la lista de medicamentos (formulario), están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

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

¿Qué es el formulario de Blue Shield Medicare?

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 Medicare?".

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 Medicare?".

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 05/21/2026. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2026.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

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

Por orden alfabético

Si no sabe con seguridad la categoría en la que debe buscar su medicamento, consulte el índice que empieza en la página 148 . 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 Medicare?

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 Medicare 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 148 .

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
npd	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.
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).

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
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 DAYS), 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 (salsalate 500 mg tab, salsalate 750 mg tab, salsalate 750 mg tab, salsalate 500 mg tab)</i>	gen	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
OPIOID ANALGÉSICOS, LONG-ACTING		
<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 DAYS), NDS
DISKETS 40 MG TAB SOL	gen	QL (1 PER 1 DAYS), 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 DAYS), 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 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl er 12 mg tab 24h</i>	gen	PA, QL (60 PER 30 DAYS), NDS
<i>methadone hcl (10 mg tab, 10 mg/ml conc)</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 DAYS), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/5ml solution, methadone hcl 10 mg/5ml solution)</i>	gen	PA, QL (450 PER 30 DAYS), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)</i>	npd	PA, NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methadone hcl (methadone hcl 5 mg/5ml solution, methadone hcl 5 mg/5ml solution)</i>	gen	PA, QL (900 PER 30 DAYS), NDS
<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 DAYS), NDS
<i>methadone hcl intensol 10 mg/ml conc</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 DAYS), 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 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	gen	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab</i>	gen	QL (90 PER 30 DAYS), NDS
OXYMORPHONE HCL ER (ER 5 MG TAB ER 12H, ER 7.5 MG TAB ER 12H, ER 10 MG TAB ER 12H, ER 15 MG TAB ER 12H, ER 20 MG TAB ER 12H, ER 30 MG TAB ER 12H, ER 40 MG TAB ER 12H)	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
<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 DAYS), 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 DAYS), NDS
<i>butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
<i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	gen	QL (15 PER 28 DAYS), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>codeine sulfate (codeine sulfate 30 mg tab, codeine sulfate 30 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 DAYS), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	gen	QL (336 PER 30 DAYS), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 DAYS), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)</i>	gen	QL (2520 PER 30 DAYS), 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 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	gen	QL (154 PER 30 DAYS), NDS
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	gen	QL (240 PER 30 DAYS), NDS, EDC
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 DAYS), NDS
MORPHINE SULFATE (5 MG SUPPOS, 10 MG SUPPOS, 20 MG SUPPOS, 30 MG SUPPOS)	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS, EDC

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 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)</i>	gen	QL (630 PER 30 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)</i>	gen	QL (315 PER 30 DAYS), 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 DAYS), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (56 PER 30 DAYS), NDS
<i>oxycodone hcl (20 mg tab, 100 mg/5ml conc)</i>	gen	QL (120 PER 30 DAYS), NDS
<i>oxycodone hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 DAYS), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 DAYS), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (840 PER 30 DAYS), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 DAYS), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 DAYS), 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 DAYS), NDS
<i>oxymorphone hcl 10 mg tab</i>	gen	PA, QL (120 PER 30 DAYS), NDS
<i>oxymorphone hcl 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>pentazocine-naloxone hcl (pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab, 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
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	gen	QL (8 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-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 DAYS), 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)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	gen	QL (50 PER 30 DAYS)

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

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

<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 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>naloxone hcl (naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)</i>	gen	
<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 DAYS)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	npd	
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>	npd	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	gen	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	npd	

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 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 2 gm/50ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)</i>	npd	
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	npd	
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)</i>	npd	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>	npd	
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)	npd	
CLINDESSE 2 % CREAM	brd	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	npd	
<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>	npd	

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 (100 mg/5ml recon susp, 600 mg tab)</i>	gen	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	npd	
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>	npd	
<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>	npd	
<i>rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)</i>	gen	
<i>tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)</i>	npd	
<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 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>vancomycin hcl (vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 2 gm recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 1.75 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 100 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln)</i>	npd	
<i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	gen	PA, QL (900 PER 30 DAYS)
VANDAZOLE 0.75 % GEL	brd	
XIFAXAN 200 MG TAB	npd	PA, QL (9 PER 30 DAYS)
XIFAXAN 550 MG TAB	npd	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	gen	
CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H	gen	
<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>	npd	
<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)	npd	
<i>cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp, cefixime 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>	npd	
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	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)</i>	spec	
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	npd	
<i>ceftriaxone sodium (ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 10 gm recon soln, ceftriaxone sodium 250 mg recon soln, ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 500 mg recon soln)</i>	npd	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>	npd	

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>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)	npd	
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	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab 12h</i>	gen	
<i>ampicillin 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
<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>	npd	
<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>	npd	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML RECON SUSP	brd	
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	npd	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	npd	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	npd	
<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>	npd	
<i>penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	npd	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	npd	

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>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>	npd	
<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>	npd	
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>	npd	
<i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>	npd	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	npd	
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>	npd	
<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 40 MG/ML RECON SUSP	spec	PA, QL (136 PER 10 DAYS)
<i>e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 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
<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>	npd	
ERYTHROCIN STEARATE 250 MG TAB	brd	
<i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<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>	npd	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	spec	PA, QL (20 PER 10 DAYS)
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>	npd	
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
LEVOFLOXACIN 25 MG/ML SOLUTION	npd	
<i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>	npd	

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>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	gen	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)</i>	gen	
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>	npd	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	gen	
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 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	

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>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	gen	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS, OTROS

<i>brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	gen	ST, QL (20 ML PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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
<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	

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-green 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	gen	
<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 0.5 mg/ml suspension</i>	gen	QL (24 ML 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	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	spec	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

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>valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</i>	npd	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	gen	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

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

GAMMA-AMINOBTYRIC 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)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	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)

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>phenobarbital (phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 60 mg/15ml elixir, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 100 mg tab, phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 30 mg/7.5ml elixir, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 100 mg tab)</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 (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 4 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 2 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)</i>	gen	
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
<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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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)
<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>	npd	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	

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>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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	npd	QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	npd	
<i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	

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)
<i>memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10 mg cap er, 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 DAYS)
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	

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>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 (memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab, memantine hcl 2 mg/ml solution, memantine hcl 5 mg tab, memantine hcl 10 mg tab, memantine hcl 10 mg/5ml solution)</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	

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)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	spec	QL (64 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	spec	QL (14 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	npd	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	gen	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	gen	

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

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
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	npd	QL (28 PER 30 DAYS), 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	
<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)

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>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	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 (doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc)</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	
<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	

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>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>	npd	
<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 thpk, 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)
<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 DAYS), 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

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>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>	npd	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	gen	
<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

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>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>	npd	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	gen	
<i>naftifine hcl (naftifine hcl 2 % cream, naftifine hcl 1 % cream)</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>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

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	

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>pyridostigmine bromide</i> (<i>pyridostigmine bromide 30 mg tab,</i> <i>pyridostigmine bromide 60 mg tab,</i> <i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml</i> <i>solution</i>)	gen	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg</i> <i>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</i> <i>tab)</i>	gen	
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg</i> <i>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	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	npd	
SIRTIURO (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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LEUKERAN 2 MG TAB	brd	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap)</i>	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 (nilutamide 150 mg tab, 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
ORSERDU 345 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIANGIOGÉNICOS		
<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
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	spec	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
<i>fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)</i>	spec	
INLURIYO 200 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
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

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
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
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	gen	
<i>leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)</i>	npd	
<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

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 ENZIMAS

AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	spec	LA, QL (66 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
ENSACOVE 100 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES

ALECENSA 150 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	spec	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (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 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.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BRUKINSA 80 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	spec	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

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 (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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
HYRNUO 10 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	spec	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	spec	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	spec	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	spec	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	spec	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	spec	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
KOSELUGO 10 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	spec	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) (X & X 00 CAP THPK	spec	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) (50 2 X 25 & X 00 CAP THPK	spec	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
LUMAKRAS 240 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	spec	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	spec	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	spec	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

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>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	spec	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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
RYDAPT 25 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	spec	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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
<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
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	spec	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	spec	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	brd	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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
XOSPATA 40 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	spec	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	spec	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	spec	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	spec	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	spec	QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	spec	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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	

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
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	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	npd	QL (240 PER 365 DAYS)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	npd	QL (720 PER 365 DAYS)
<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 DAYS)
<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 DAYS)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</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
<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>	npd	
<i>trihexyphenidyl hcl (trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution, trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, trihexyphenidyl hcl 5 mg tab)</i>	gen	

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)</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	

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>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	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab, 25-250 mg tab disp)</i>	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>	npd	
---	-----	--

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>chlorpromazine hcl (chlorpromazine hcl 10 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 50 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 200 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)</i>	gen	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	npd	
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	npd	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>	brd	
<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)
<i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	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	

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
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
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	spec	QL (4.5 ML PER 365 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	npd	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	npd	QL (8 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	npd	QL (12 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	npd	QL (8 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (3.5 PER 180 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	spec	QL (5 PER 180 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	spec	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	npd	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.88 PER 84 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.32 PER 84 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.75 PER 84 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	spec	QL (2.63 PER 84 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<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>	npd	
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

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
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, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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>	npd	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 (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	npd	QL (7 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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>	npd	

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
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	spec	QL (112 PER 365 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 50 mg tab, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab, 200 mg tab disp)</i>	gen	
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 DAYS)
<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)

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
ANTIHEPATÍTCOS 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	
<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)

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
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)
<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)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	gen	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)
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)

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>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)
<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
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
<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)

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
SELZENTRY (25 MG TAB, 75 MG TAB)	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	brd	QL (60 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	spec	LA, QL (24 PER 168 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (4 PER 180 DAYS)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	spec	QL (3 PER 180 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (5 PER 180 DAYS)
TYBOST 150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

APTIVUS 250 MG CAP	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<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)

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
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 DAYS)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	gen	QL (42 PER 180 DAYS)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	gen	QL (1080 PER 365 DAYS)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	gen	QL (60 PER 180 DAYS)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 180 DAYS)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	gen	
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	npd	QL (2 PER 30 DAYS)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	npd	QL (1 PER 30 DAYS)

ANTIHERPÉTICOS

<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>	npd	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

LAGEVRIO 200 MG CAP	spec	QL (40 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	gen	QL (20 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK	gen	QL (11 PER 30 DAYS)

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
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
<i>bupirone 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)
<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)

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>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	
<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	

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>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)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA 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)

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>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 (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	brd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<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	
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)

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
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 DAYS)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 DAYS)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 DAYS)
GLUCAGON EMERGENCY (GLUCAGON EMERGENCY 1 MG RECON SOLN, GLUCAGON EMERGENCY 1 MG RECON SOLN, GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN)	brd	QL (2 PER 2 DAYS)
INSULINAS		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	brd	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	brd	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	brd	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN KWIK(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	brd	INS

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
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
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

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
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)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB SOL	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB SOL	brd	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	brd	QL (74 PER 180 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	npd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)</i>	npd	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	npd	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	npd	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	npd	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	spec	QL (24 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>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	npd	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)
<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 DAYS)
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)	npd	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
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
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	npd	PA
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	spec	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	spec	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	spec	PA
HEMOSTÁTICOS		
MEPHYTON 5 MG TAB	brd	QL (5 PER 7 DAYS), EDC
<i>phytonadione 5 mg tab</i>	gen	QL (5 PER 7 DAYS), EDC
<i>tranexamic acid 650 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
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)
<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 DAYS)
<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	

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
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)
<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	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	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	

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
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	
<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	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	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	

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>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	
<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 (timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab, timolol maleate 10 mg tab, timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab)</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	

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>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 17 mg tab er 24h, nisoldipine er 34 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 20 mg tab er 24h, nisoldipine er 25.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 30 mg tab er 24h, nisoldipine er 40 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 17 mg tab er 24h, nisoldipine er 34 mg tab er 24h)</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	
<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	

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 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	
VERAPAMIL HCL ER (VERAPAMIL HCL ER 120 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 120 MG TAB ER, VERAPAMIL HCL ER 180 MG TAB ER, VERAPAMIL HCL ER 240 MG TAB ER, VERAPAMIL HCL ER 100 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 180 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 200 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 300 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 360 MG CAP ER 24H, VERAPAMIL HCL ER 240 MG CAP ER 24H)	gen	
CARDIOVASCULARES, OTHER		
<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	

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>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	
<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	

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>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	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	gen	
<i>metyrosine 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	
<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	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab)</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	

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>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	
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>	npd	
<i>furosemide (furosemide 10 mg/ml solution, furosemide 10 mg/ml solution)</i>	npd	
<i>furosemide (furosemide 8 mg/ml solution, furosemide 20 mg tab, furosemide 40 mg tab, furosemide 80 mg tab)</i>	gen	
<i>torseamide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 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
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	
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	

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>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	
<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

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
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
<i>dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

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	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 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>nitro-bid 2 % ointment</i>	gen	
NITRO-DUR (0.3 MG/HR PATCH 24HR, 0.8 MG/HR PATCH 24HR)	brd	
NITRO-TIME (2.5 MG CAP ER, 6.5 MG CAP ER, 9 MG CAP ER)	gen	
<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, 2 % ointment)</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)

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 (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)
<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)

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>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	
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
METHYLPHENIDATE HCL ER (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)
<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)
<i>methylphenidate hcl er(diffus) (methylphenidate hcl er(diffus) 27 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 27 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 54 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 54 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er(diffus) (methylphenidate hcl er(diffus) 36 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 36 mg tab er)</i>	gen	QL (2 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 DAYS), NDS
<i>butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, 50-325 mg tab)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), 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 DAYS), NDS
<i>esgic 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 DAYS), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 DAYS), 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 DAYS), NDS

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg dr, 40 mg dr, 60 mg dr)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<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 prsyr</i>	spec	PA, QL (30 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>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	spec	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</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	

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>amnestem (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	

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>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 % cream</i>	gen	
<i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	gen	
ANUCORT-HC 25 MG SUPPOS	gen	EDC
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOS	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	

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>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	
<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)
HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOS	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	

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>hydrocortisone (perianal)</i> <i>(hydrocortisone (perianal) 1 % cream,</i> <i>hydrocortisone (perianal) 2.5 %</i> <i>cream)</i>	gen	
<i>hydrocortisone acetate</i> <i>(hydrocortisone acetate 25 mg</i> <i>suppos, hydrocortisone acetate 25</i> <i>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 %</i> <i>cream, 0.2 % ointment)</i>	gen	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream,</i> <i>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>proctosol hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>selenium sulfide (selenium sulfide 2.5</i> <i>% lotion, selenium sulfide 2.5 %</i> <i>lotion)</i>	gen	
<i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>	gen	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide</i> <i>(triamcinolone acetonide 0.025 %</i> <i>cream, triamcinolone acetonide</i> <i>0.025 % lotion, triamcinolone</i> <i>acetonide 0.025 % ointment,</i> <i>triamcinolone acetonide 0.1 % cream,</i> <i>triamcinolone acetonide 0.1 % lotion,</i> <i>triamcinolone acetonide 0.1 %</i> <i>ointment, triamcinolone acetonide</i> <i>0.5 % cream, triamcinolone</i> <i>acetonide 0.5 % ointment,</i> <i>triamcinolone acetonide 0.025 %</i> <i>lotion)</i>	gen	
<i>triderm 0.5 % 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
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
ANALPRAM HC 2.5-1 % LOTION	brd	
ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION	brd	
AVAR-E EMOLLIENT 10-5 % CREAM	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 DAYS)
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	gen	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	gen	QL (800 PER 28 DAYS)
<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	
<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	

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
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)</i>	gen	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	brd	
PROCTOFOAM HC PROCTO1	brd	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	gen	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
REGANEX 0.01 % GEL	brd	PA, QL (15 PER 2 DAYS)
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 (10-5 10-5 % CREAM, 10-5 10-5 % FOAM)	gen	EDC
SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR (SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR 10-5 % CREAM, SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR 10-5 % LOTION, SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR 10-5 % CREAM, SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR 10-5 % SUSPENSION)	gen	EDC
TOLAK 4 % CREAM	brd	
VALCHLOR 0.016 % GEL	spec	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	gen	
<i>permethrin (permethrin 5 % cream, permethrin 5 % cream)</i>	gen	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	gen	QL (240 PER 30 DAYS)
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	

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>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 (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel, erythromycin 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>	npd	
<i>dextrose in lactated ringers in 5 % solution</i>	npd	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	npd	

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 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)</i>	npd	
EFFER-K 25 MEQ TAB	gen	EDC
<i>k-prime 25 meq effer tab</i>	gen	EDC
<i>kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	npd	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	npd	
<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>	npd	
<i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>	npd	
MULTI-VIT-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG/ML SUSPENSION	gen	EDC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON 0.25-10 MG/ML SOLUTION	gen	EDC
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	gen	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	brd	
POLY-VI-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
<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>	npd	
<i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 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>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>	npd	
<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>	npd	
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	gen	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	npd	
PREMASOL 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	brd	
QUFLORA PEDIATRIC (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
<i>ringers solution</i>	npd	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	npd	
<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>	npd	

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>sodium fluoride (sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, sodium fluoride 0.55 (0.25 f) mg chew tab, 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, sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg chew tab, sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	gen	
TPN ELECTROLYTES CONC	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

CHEMET 100 MG CAP	brd	
<i>deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	spec	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	brd	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	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 FOSFATO

<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION

QUELANTES DE POTASIO

<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	gen	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	brd	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</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
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
TRI-VITE/FLUORIDE (0.25 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG/ML SOLUTION)	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	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 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
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 (chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap, 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 (hyoscyamine sulfate 0.125 mg sl tab, hyoscyamine sulfate 0.125 mg tab disp, hyoscyamine sulfate 0.125 mg/5ml elixir, hyoscyamine sulfate 0.125 mg sl tab, hyoscyamine sulfate 0.125 mg tab, hyoscyamine sulfate 0.125 mg tab disp, hyoscyamine sulfate 0.125 mg/5ml elixir, hyoscyamine sulfate 0.125 mg/ml solution, hyoscyamine sulfate 0.125 mg tab, hyoscyamine sulfate 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	EDC
<i>hyoscyamine sulfate er (hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h, hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h)</i>	gen	EDC
HYOSCYAMINE SULFATE SL 0.125 MG TAB	gen	EDC
HYOSYNE (0.125 MG/5ML ELIXIR, 0.125 MG/ML SOLUTION)	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>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
NULEV 0.125 MG TAB DISP	gen	EDC
OSCIMIN (0.125 MG SL TAB, 0.125 MG TAB)	gen	EDC
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE 16.2 MG TAB	gen	EDC
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE 16.2 MG/5ML ELIXIR	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg tab</i>	gen	EDC
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
PHENOHYTRO 16.2 MG TAB	gen	EDC
PHENOHYTRO 16.2 MG/5ML ELIXIR	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
GASTROINTESTINALES, OTHER		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	gen	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	gen	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	gen	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	spec	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	gen	
<i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/5ml recon susp)</i>	gen	
NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 15 MG/ML SOLUTION, NIZATIDINE 300 MG CAP)	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PROTECTORES		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	gen	
<i>sucralfate (1 gm tab, 1 gm/10ml suspension)</i>	gen	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	gen	
<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>	npd	
<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	

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
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	
<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)

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
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)
<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 (pah) 20 mg tab</i>	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<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

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>phenazo 200 mg tab</i>	gen	EDC
<i>phenazopyridine hcl (phenazopyridine hcl 200 mg tab, phenazopyridine hcl 100 mg tab, phenazopyridine hcl 200 mg tab, phenazopyridine hcl 100 mg tab)</i>	gen	EDC
PHOSPHO-TRIN K500 KMG TAB	gen	EDC
<i>pot & sod cit-cit ac (pot sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution, pot sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution)</i>	gen	EDC
<i>potassium citrate-citric acid (potassium citrate-citric acid 1100- 334 mg/5ml solution, 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
SOD CITRATE-CITRIC ACID (1500- 1002 MG/15ML SOLUTION, 3000- 2004 MG/30ML SOLUTION)	gen	
<i>sod citrate-citric acid (sod citrate- citric acid 1.5-1 gm/15ml solution, sod citrate-citric acid 500-334 mg/5ml solution, sod citrate-citric acid 1.5-1 gm/15ml solution, sod citrate-citric acid 3-2 gm/30ml solution, sod citrate-citric acid 500-334 mg/5ml solution, sod citrate-citric acid 3-2 gm/30ml solution)</i>	gen	EDC
SODIUM CITRATE-CITRIC ACID (1500-1002 MG/15ML SOLUTION, 3000-2004 MG/30ML SOLUTION)	gen	
TRICITRATES 550-500-334 MG/5ML SOLUTION	gen	EDC
<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	
-----------------------------	-----	--

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>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	npd	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	npd	
<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	
<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>	npd	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	npd	
<i>prednisolone 15 mg/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>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)</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	
PREDNISON 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	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	npd	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	npd	
<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

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
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>methyldosterone 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)
<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	

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>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	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	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	
<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	

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>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)
COVARYX 1.25-2.5 MG TAB	gen	EDC
COVARYX HS 0.625-1.25 MG TAB	gen	EDC
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cryselle-28 0.3-30 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	npd	
<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	
<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	
EEMT 1.25-2.5 MG TAB	gen	EDC
EEMT HS 0.625-1.25 MG TAB	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	

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>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 (est estrogens-methyltest 1.25-2.5 mg tab, est estrogens-methyltest 1.25-2.5 mg tab)</i>	gen	EDC
<i>est estrogens-methyltest ds (est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab, est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab)</i>	gen	EDC
<i>est estrogens-methyltest hs (est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab, 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)
<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	
<i>estratest f.s. 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	EDC
ESTRATEST H.S. 0.625-1.25 MG TAB	gen	EDC
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	brd	QL (1 PER 84 DAYS)
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 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>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	
<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	

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>junel fe 24 1-20 mg-mcg()</i> tab	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()</i> tab	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	
<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	

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>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	
<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	

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>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	
<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	

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>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	brd	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	brd	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	brd	
<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	
<i>tri-lynyah 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	

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-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-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 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	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	
<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	

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>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
<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	

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>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	
EVEXITHROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB)	brd	
<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	
<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	

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>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>	npd	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	spec	
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)

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>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>	npd	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
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (36 PER 60 DAYS)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (36 PER 60 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
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 DAYS)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB TH	spec	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	brd	

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
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	spec	PA, QL (168 PER 365 DAYS)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 /0.83ML PREF SY KT	spec	PA, QL (6 PER 365 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (6 PER 365 DAYS)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	spec	PA, QL (1.2 PER 56 DAYS)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	spec	PA, QL (2.4 PER 56 DAYS)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	spec	PA, QL (30 PER 365 DAYS)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (6 PER 365 DAYS)
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	npd	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
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 DAYS)
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	npd	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>	npd	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>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	npd	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

ABRYSCO 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	npd	
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 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	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 (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	brd	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	brd	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	brd	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	brd	VAC
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	brd	
IPOL SUSPENSION	brd	VAC
IXIARO SUSPENSION	npd	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 DAYS), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	brd	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	VAC
TRUMENBA SUSPPRSYR	brd	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	npd	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	npd	
VIVOTIF CAPDR	npd	
YF-VAX RECONSUSP	npd	VAC

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	gen	
DIPENTUM 250 MG CAP	npd	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>mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)</i>	gen	
<i>mesalamine (mesalamine 400 mg cap dr, mesalamine 400 mg cap dr, mesalamine 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	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	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	npd	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	spec	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<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	npd	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

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>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>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	gen	EDC
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	gen	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	npd	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>	npd	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>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	brd	
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER 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
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER MV MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC DEVICE	brd	EDC
AEROVENT PLUS DEVICE	brd	EDC
ALCOHOL 70% PADS	gen	
ALCOHOL PREP PAD	gen	
ALCOHOL PREP PADS S 70 %	gen	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ALCOHOL SWABSTICK PAD	gen	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	gen	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	brd	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	brd	
AUM ALCOHOL PREP PADS S 70 %	gen	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	brd	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	brd	
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

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
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	brd	EDC
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	gen	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC)	brd	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	brd	
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	brd	EDC
CVS ALCOHOL PREP PADS S 70 %	gen	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2"PAD	gen	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
DROPLET MICRON 34GX3.5MMMISC	brd	
DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 10MM MISC, PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC)	brd	

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
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (4 MISC, 5 MISC, 8 MISC)	brd	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EASIVENT MASK LARGE MISC	brd	EDC
EASIVENT MASK MEDIUM MISC	brd	EDC
EASIVENT MASK SMALL MISC	brd	EDC
EASIVENT MISC	brd	EDC
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G 5/16" 0.5 ML MISC, 29G 5/16" 1 ML MISC, 31G 1/2" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	brd	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	brd	
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 X 5/8" ML MISC	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	brd	

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

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

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 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)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	gen	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	gen	
<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	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	npd	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	

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
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
PENBRAYA RECONSUSP	brd	VAC
POCKET CHAMBER DEVICE	brd	EDC
POCKET SPACER DEVICE	brd	EDC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	gen	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
PRO COMFORT SPACER ADULT MISC	brd	EDC
PRO COMFORT SPACER CHILD MISC	brd	EDC
PRO COMFORT SPACER INFANT DEVICE	brd	EDC
PROCARE SPACER/ADULT MASK DEVICE	brd	EDC
PROCARE SPACER/CHILD MASK DEVICE	brd	EDC
PROCHAMBER VHC DEVICE	brd	EDC
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
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

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
SALINE BACTERIOSTATIC 0.9 % SOLUTION	npd	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	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC 0.9 % SOLUTION	npd	EDC
<i>sterile water for irrigation (sterile water for irrigation solution, 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	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	brd	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
UNIFINE PENTIPS 32GX4MMMISC	brd	

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

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

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS, OTROS

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % 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>bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)</i>	gen	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	gen	
<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>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	gen	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	gen	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment)</i>	gen	
<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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	gen	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	brd	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	spec	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	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)
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	

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>sulfacetamide sodium</i> (<i>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)
<i>ketorolac tromethamine (ketorolac tromethamine 0.4 % solution, ketorolac tromethamine 0.5 % solution)</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	

OPHTHALMIC BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % 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
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	
<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 ML 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>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	
<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)
<i>ciprofloxacin-hydrocortisone 0.2-1 % suspension</i>	npd	
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	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	gen	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (1 PER 30 DAYS)

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
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (13 PER 30 DAYS)
<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)
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<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
<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)

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
BRONCODILATADORES, ANTICHLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (25.8 GM PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
<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)
BRONCODILATADORES, SYMPATHOMIMETIC		
<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	
<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
<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 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
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	gen	QL (24 PER 365 DAYS)
<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>	npd	

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
<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 DAYS)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

<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 60 mg/3ml solution</i>	gen	
<i>elixophyllin 80 mg/15ml elixir</i>	gen	
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	gen	QL (28 PER 180 DAYS)
<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	

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>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)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	spec	PA, LA, QL (200 PER 180 DAYS)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	spec	PA, QL (1 PER 21 DAYS)

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

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)

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
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>breynga (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)
<i>bromfed 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 DAYS), NDS, EDC
<i>guaiaitussin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 DAYS), NDS, EDC
<i>guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 DAYS), NDS, EDC
<i>guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml)</i>	gen	QL (420 PER 30 DAYS), NDS, EDC

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<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 DAYS), NDS, EDC
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 DAYS), NDS, EDC
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 DAYS), NDS, EDC
<i>hydromet 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 DAYS), 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 DAYS), NDS, EDC
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (34 PER 30 DAYS)
NEBUSAL 3 % SOLN	gen	EDC
PROMETHAZINE VC 6.25-5 MG/5ML SYRUP	gen	PA
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	gen	PA, QL (240 PER 30 DAYS), NDS, EDC
<i>promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 DAYS), 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 DAYS), 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
PULMOSAL 7 % NEBU SOLN	gen	EDC
SODIUM CHLORIDE (3 % NEBU SOLN, 7 % NEBU SOLN, 10 % NEBU SOLN)	gen	EDC
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	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
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>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
<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)

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>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)
<i>sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)</i>	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.

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate.....	54	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL..	126
abacavir sulfate-lamivudine.....	54	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
ABELCET.....	28	W/MASK.....	126
abigale.....	103	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	126
abigale lo.....	103	AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL.....	126
ABILIFY MAINTENA.....	49	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	126
abiraterone acetate.....	32	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	126
abirtega.....	32	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE..	126
ABRYSVO.....	121	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	126
acamprosate calcium.....	6	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL..	126
acarbose.....	59	AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC.....	126
accutane.....	83	AEROVENT PLUS.....	126
acebutolol hcl.....	69	afirmelle.....	103
acetaminophen-codeine.....	3	AIMOVIG.....	30
acetazolamide.....	72	ak-poly-bac.....	134
acetazolamide er.....	138	AKEEGA.....	33
acetic acid.....	139	ala-cort.....	84
acetylcysteine.....	143	albendazole.....	45
acitretin.....	83	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic	
ACTHIB.....	121	Proair).....	141
ACTIMMUNE.....	119	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic	
acyclovir.....	57,88	Proventil).....	141
acyclovir sodium.....	57	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic	
ADACEL.....	121	Ventolin).....	141
adapalene.....	83	albuterol sulfate.....	141
adefovir dipivoxil.....	53	albuterol sulfate hfa.....	141
ADEMPAS.....	143	alclometasone dipropionate.....	84
ADTHYZA.....	114	ALCOHOL 70% PADS.....	126
ADVAIR HFA.....	143	ALCOHOL PREP.....	126
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	125	ALCOHOL PREP PADS.....	126
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER..	125	ALCOHOL SWABS.....	126
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	126	ALCOHOL SWABSTICK.....	127
AEROCHAMBER MV.....	126	alcohol wipes.....	87
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE	126	ALDURAZYME.....	97
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	126	ALECENSA.....	35
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM.	126	alendronate sodium.....	124
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE..	126	alfuzosin hcl er.....	99
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		aliskiren fumarate.....	72
MEDIUM.....	126	allopurinol.....	29
		alosetron hcl.....	95
		alprazolam.....	58

alprazolam er.....	58	anastrozole.....	34
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	58	ANORO ELLIPTA.....	144
alprazolam xr.....	58	ANUCORT-HC.....	84
altavera.....	103	ANUSOL-HC.....	84
ALUNBRIG.....	35	apomorphine hcl.....	46
alyacen 1/35.....	103	apraclonidine hcl.....	138
alyacen 7/7/7.....	104	aprepitant.....	27
alyq.....	143	apri.....	104
amabelz.....	104	APTIVUS.....	56
amantadine hcl.....	46	AQ INSULIN SYRINGE.....	127
ambrisentan.....	143	AQINJECT PEN NEEDLE.....	127
amethia.....	104	ARALAST NP.....	97
amethyst.....	104	ARANELLE.....	104
amikacin sulfate.....	7	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	65,66
amiloride hcl.....	76	ARCALYST.....	117
amiloride-hydrochlorothiazide.....	72	AREXVY.....	121
amiodarone hcl.....	69	arformoterol tartrate.....	141
amitriptyline hcl.....	26	ARGYLE STERILE WATER.....	127
amlodipine besy-benazepril hcl.....	73	ARIKAYCE.....	7
amlodipine besylate.....	70	aripiprazole.....	49
amlodipine besylate-valsartan.....	73	armodafinil.....	147
amlodipine-atorvastatin.....	73	ARMOUR THYROID.....	114
amlodipine-olmesartan.....	73	ARNUITY ELLIPTA.....	139
amlodipine-valsartan-hctz.....	73	ascomp-codeine.....	3
ammonium lactate.....	84	asenapine maleate.....	49
amnesteem.....	83	ashlyna.....	104
amoxapine.....	26	ASMANEX (120 METERED DOSES).....	139
amoxicillin.....	12	ASMANEX (14 METERED DOSES).....	139
amoxicillin-pot clavulanate.....	12	ASMANEX (30 METERED DOSES).....	140
amoxicillin-pot clavulanate er.....	12	ASMANEX (60 METERED DOSES).....	140
amphetamine sulfate.....	78	ASMANEX HFA.....	140
amphetamine-dextroamphet er.....	79	aspirin-dipyridamole er.....	67
amphetamine-dextroamphetamine.....	79	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	127
AMPHOTERICIN B.....	28	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	127
amphotericin b liposome.....	28	atazanavir sulfate.....	56
ampicillin.....	12	atenolol.....	69
ampicillin sodium.....	13	atenolol-chlorthalidone.....	73
ampicillin-sulbactam sodium.....	13	atomoxetine hcl.....	80
anagrelide hcl.....	65	atorvastatin calcium.....	76
ANALPRAM HC.....	87	atovaquone.....	45
ANALPRAM-HC.....	87	atovaquone-proguanil hcl.....	45

atropine sulfate.....	134	balziva.....	104
ATROVENT HFA.....	141	BAQSIMI ONE PACK.....	62
aubra.....	104	BAQSIMI TWO PACK.....	62
aubra eq.....	104	BARACLUDGE.....	53
AUGMENTIN.....	13	BCG VACCINE.....	121
AUGTYRO.....	33	BD INSULIN SYRINGE.....	127
AUM ALCOHOL PREP PADS.....	127	BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC.....	127
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	127	BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC.....	127
AUM PEN NEEDLE.....	127	BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC.....	127
AURANOFIN.....	117	BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC.....	127
aurovela 1.5/30.....	104	benazepril hcl.....	68
aurovela 1/20.....	104	benazepril-hydrochlorothiazide.....	73
aurovela 24 fe.....	104	BENLYSTA.....	117
aurovela fe 1.5/30.....	104	BENZNIDAZOLE.....	45
aurovela fe 1/20.....	104	benzonatate.....	144
AUVELITY.....	23	benzoyl peroxide-erythromycin.....	83
AVAR-E EMOLLIENT.....	87	benztropine mesylate.....	46
avar-e green.....	87	bepotastine besilate.....	136
aviane.....	104	BESIVANCE.....	15
avidoxy.....	16	BESREMI.....	119
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	34	betaine.....	97
ayuna.....	104	betamethasone dipropionate.....	84
AYVAKIT.....	35	betamethasone dipropionate aug.....	84
azasan.....	119	betamethasone valerate.....	84
azathioprine.....	119	BETASERON.....	82
AZATHIOPRINE SODIUM.....	119	betaxolol hcl.....	70,137
azelaic acid.....	83	bethanechol chloride.....	99
azelastine hcl.....	136,140	BETOPTIC-S.....	138
azelastine-fluticasone.....	144	bexarotene.....	44
azithromycin.....	14	BEXSERO.....	121
aztreonam.....	8	bicalutamide.....	32
azurette.....	104	BICILLIN C-R.....	13
B		BICILLIN C-R 900/300.....	13
bac (butalbital-acetamin-caff).....	81	BICILLIN L-A.....	13
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	135	BIKTARVY.....	53
BACITRACIN.....	136	BILDYOS.....	124
BACITRACIN-POLYMYXIN B.....	135	BILPREVDA.....	124
baclofen.....	52		
balsalazide disodium.....	123		
BALVERSA.....	35		

bimatoprost.....	138	butalbital-acetaminophen.....	81
BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	127	butalbital-apap-caff-cod.....	3
bisoprolol fumarate.....	70	butalbital-apap-caffeine.....	81
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	73	butalbital-asa-caff-codeine.....	3
blisovi 24 fe.....	104	butalbital-aspirin-caffeine.....	1
blisovi fe 1.5/30.....	104	butorphanol tartrate.....	3
blisovi fe 1/20.....	104		
BOOSTRIX.....	121	C	
bosentan.....	143	CABENUVA.....	55
BOSULIF.....	35	cabergoline.....	115
BRAFTOVI.....	35	CABOMETYX.....	36
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT.....	127	caffeine citrate.....	142
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD.....	127	calcipotriene.....	87
BREATHE EASE LARGE.....	127	calcipotriene-betameth diprop.....	87
BREATHE EASE MEDIUM.....	127	calcitonin (salmon).....	124
BREATHE EASE SMALL.....	127	calcitrene.....	87
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	128	CALCITRIOL.....	87,124
BREO ELLIPTA.....	144	calcitriol.....	124
breyna.....	144	calcium acetate (phos binder).....	93
BREZTRI AEROSPHERE.....	144	CALQUENCE.....	36
briellyn.....	104	camila.....	113
brimonidine tartrate.....	138	camrese.....	104
brimonidine tartrate-timolol.....	135	camrese lo.....	104
brinzolamide.....	138	candesartan cilexetil.....	68
brivaracetam.....	17	candesartan cilexetil-hctz.....	73
bromfed dm.....	144	CAPLYTA.....	49
bromfenac sodium (once-daily).....	137	CAPRELSA.....	36
bromocriptine mesylate.....	46	captopril.....	68
BRUKINSA.....	35,36	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	73
budesonide.....	124,140	carbamazepine.....	21
budesonide er.....	124	carbamazepine er.....	21
budesonide-formoterol fumarate.....	144	carbidopa.....	47
bumetanide.....	75	carbidopa-levodopa.....	47
buprenorphine.....	2	carbidopa-levodopa er.....	47
buprenorphine hcl.....	6	carbidopa-levodopa-entacapone.....	46
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	6	CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	128
bupropion hcl.....	23	carglumic acid.....	97
bupropion hcl er (smoking det).....	7	carisoprodol.....	146
bupropion hcl er (sr).....	23	CARTEOLOL HCL.....	138
bupropion hcl er (xl).....	23	cartia xt.....	71
buspiron e hcl.....	58	carvedilol.....	70

carvedilol phosphate er.....	70	cimetidine.....	96
cataflam.....	1	cinacalcet hcl.....	124
CAYSTON.....	8	ciprofloxacin.....	15
caziant.....	104	ciprofloxacin hcl.....	15,139
CEFACLOR.....	10	ciprofloxacin in d5w.....	15
CEFACLOR ER.....	10	ciprofloxacin-dexamethasone.....	139
cefadroxil.....	10	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF..	139
cefazolin sodium.....	10	ciprofloxacin-hydrocortisone.....	139
cefdinir.....	10	cialopram hydrobromide.....	24
CEFEPIME HCL.....	11	claravis.....	83
cefixime.....	11	clarithromycin.....	14
cefotetan disodium.....	11	clarithromycin er.....	14
cefoxitin sodium.....	11	CLEOCIN.....	8
CEFPODOXIME PROXETIL.....	11	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER..	128
cefprozil.....	11	CLIMARA PRO.....	105
ceftaroline fosamil.....	11	clindacin.....	89
CEFTAZIDIME.....	11	clindacin etz.....	89
ceftriaxone sodium.....	11	clindacin-p.....	89
cefuroxime axetil.....	11	clindamycin hcl.....	8
cefuroxime sodium.....	11	clindamycin palmitate hcl.....	8
celecoxib.....	1	clindamycin phos (once-daily).....	89
cephalexin.....	12	clindamycin phos (twice-daily).....	89
cetirizine hcl.....	140	clindamycin phos-benzoyl perox.....	83
cevimeline hcl.....	83	clindamycin phosphate.....	8,89
charlotte 24 fe.....	104	clindamycin phosphate in d5w.....	8
chateal.....	104	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	8
chateal eq.....	105	CLINDESSE.....	8
CHEMET.....	93	clobazam.....	19
chlordiazepoxide-clidinium.....	95	clobetasol prop emollient base.....	84
chlorhexidine gluconate.....	83	clobetasol propionate.....	85
chloroquine phosphate.....	45	clobetasol propionate e.....	85
chlorpromazine hcl.....	47,48	clodan.....	85
chlorthalidone.....	76	clomipramine hcl.....	26
cholestyramine.....	77	clonazepam.....	58
cholestyramine light.....	77	clonidine.....	67
ciclodan.....	88	clonidine hcl.....	67
ciclopirox.....	89	clonidine hcl er.....	80
ciclopirox olamine.....	89	clopidogrel bisulfate.....	67
cilostazol.....	67	clorazepate dipotassium.....	58
CILOXAN.....	15	clotrimazole.....	28
CIMDUO.....	54	clotrimazole-betamethasone.....	87

clozapine	52	cryselle-28	105
COARTEM	45	CVS ALCOHOL PREP PADS	128
COBENFY	52	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE	128
COBENFY STARTER PACK	52	cvs isopropyl alcohol wipes	87
codeine sulfate	4	cyanocobalamin	94
CODEINE SULFATE	4	cyclobenzaprine hcl	146
colchicine	29	CYCLOPHOSPHAMIDE	31
colchicine-probenecid	29	cyclosporine	119
colesevelam hcl	77	cyclosporine modified	119
colestipol hcl	77	cyproheptadine hcl	140
colistimethate sodium (cba)	8	cyred	105
COMBIVENT RESPIMAT	144	cyred eq	105
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	36	CYSTAGON	98
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	36	CYTRA K CRYSTALS	99
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	36		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	128	D	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	128	dabigatran etexilate mesylate	64
COMPACT SPACE CHAMBER	128	dalfampridine er	82
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK	128	danazol	103
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK	128	dantrolene sodium	52
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK	128	dapagliflozin	78
compro	26	dapsone	31,89
constulose	94	DAPTACEL	121
COPIKTRA	36	daptomycin	8
CORLANOR	73	darifenacin hydrobromide er	98
CORTIFOAM	124	darunavir	56
CORTISONE ACETATE	100	dasatinib	36
CORTISPORIN-TC	139	dasetta 1/35	105
COSENTYX	117	dasetta 7/7/7	105
COSENTYX (300 MG DOSE)	117	DAURISMO	36
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	117	daysee	105
COSENTYX SENSOREADY PEN	117	deblitane	113
COSENTYX UNOREADY	117	deferasirox	93
COTELLIC	36	DELSTRIGO	53
COVARYX	105	delyla	105
COVARYX HS	105	demeclocycline hcl	16
CREON	97	DENG VAXIA	121
CRESEMBA	28	DEPO-ESTRADIOL	105
cromolyn sodium	96,136,142	DEPO-SUBQ PROVERA 104	113
cryselle	105	depo-testosterone	103
		DERMOTIC	139

DESCOVY.....	54	digox.....	69
desipramine hcl.....	26	digoxin.....	69
DESLORATADINE.....	140	dihydroergotamine mesylate.....	30
desloratadine.....	140	DILANTIN.....	21
desmopressin ace spray refrig.....	102	DILANTIN INFATABS.....	21
desmopressin acetate.....	102	DILANTIN-125.....	21
desmopressin acetate pf.....	102	dilt-xr.....	71
desmopressin acetate spray.....	102	diltiazem hcl.....	71
desogestrel-ethinyl estradiol.....	105	DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	71
desonide.....	85	DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	71
desoximetasone.....	85	DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	71
desvenlafaxine succinate er.....	24	DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	71
dexamethasone.....	101	DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	71
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	101	diltiazem hcl er.....	72
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	101	diltiazem hcl er beads.....	72
dexamethasone sod phosphate pf.....	101	dimethyl fumarate.....	82
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	101,137	dimethyl fumarate starter pack.....	82
dexmethylphenidate hcl.....	80	DIPENTUM.....	123
dexmethylphenidate hcl er.....	80	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	95
dextroamphetamine sulfate.....	79	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	121
dextroamphetamine sulfate er.....	79	dipyridamole.....	67
dextrose.....	89	DISKETS.....	2
dextrose in lactated ringers.....	89	disopyramide phosphate.....	69
DEXTROSE-NACL.....	89	disulfiram.....	6
dextrose-sodium chloride.....	90	divalproex sodium.....	17
DIACOMIT.....	17	divalproex sodium er.....	17
diazepam.....	19,58	dodex.....	94
diazepam intensol.....	59	dofetilide.....	69
diazoxide.....	62	dolishale.....	105
diclofenac potassium.....	1	donepezil hcl.....	22
diclofenac sodium.....	1,137	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG.....	22
diclofenac sodium er.....	1	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG.....	23
diclofenac-misoprostol.....	1	dorzolamide hcl.....	138
dicloxacillin sodium.....	13	dorzolamide hcl-timolol mal.....	135
dicyclomine hcl.....	95		
DIFICID.....	14		
DIFLORASONE DIACETATE.....	85		
diflunisal.....	1		
difluprednate.....	137		
digitek.....	69		

dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	135	EEMT.....	105
dotti.....	105	EEMT HS.....	105
DOVATO.....	53	EFAVIRENZ.....	54
doxazosin mesylate.....	67	efavirenz.....	54
doxepin hcl.....	26	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	54
doxercalciferol.....	125	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	54
doxy 100.....	16	EFFER-K.....	90
doxycycline.....	16	ELAPRASE.....	98
doxycycline hyclate.....	16	elinest.....	105
doxycycline monohydrate.....	16	ELIQUIS.....	64
doxylamine-pyridoxine.....	26	ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	64
DRIZALMA SPRINKLE.....	82	ELIQUIS (2 MG PACK).....	64
dronabinol.....	27	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	64
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	128	elixophyllin.....	142
DROPLET MICRON.....	128	ELMIRON.....	99
DROPLET PEN NEEDLES.....	128	eltrombopag olamine.....	66
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO.....	129	eluryng.....	105
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	129	EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	129
drospiren-eth estrad-levomefol.....	105	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	129
drospirenone-ethinyl estradiol.....	105	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	129
DROXIA.....	98	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	129
droxidopa.....	67	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	129
duloxetine hcl.....	82	EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	130
DUPIXENT.....	117	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	130
dutasteride.....	99	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN..	130
dutasteride-tamsulosin hcl.....	99	EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	130
E		EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE...	130
e.e.s. 400.....	14	EMBRACE PEN NEEDLES.....	130
EASIVENT.....	129	EMGALITY.....	30
EASIVENT MASK LARGE.....	129	EMGALITY (300 MG DOSE).....	30
EASIVENT MASK MEDIUM.....	129	emoquette.....	105
EASIVENT MASK SMALL.....	129	EMSAM.....	24
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	129	emtricitab-rilpivir-tenofov df.....	54
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	129	emtricitabine.....	55
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	129	emtricitabine-tenofovir df.....	55
ec-naproxen.....	1	EMTRIVA.....	55
econazole nitrate.....	28	emzahh.....	113
ed-spaz.....	95	enalapril maleate.....	68
EDURANT.....	54	enalapril-hydrochlorothiazide.....	73
EDURANT PED.....	54	ENBREL.....	119
		ENBREL MINI.....	119

ENBREL SURECLICK.....	119	erythromycin ethylsuccinate.....	15
endocet.....	4	erythromycin lactobionate.....	15
ENGERIX-B.....	121	ERZOFRI.....	49
enilloring.....	105	escitalopram oxalate.....	24
enoxaparin sodium.....	64	esgic.....	81
enpresse-28.....	106	eslicarbazepine acetate.....	21
ENSACOVE.....	35	esomeprazole magnesium.....	97
enskyce.....	106	est estrogens-methyltest.....	106
entacapone.....	46	est estrogens-methyltest ds.....	106
entecavir.....	53	est estrogens-methyltest hs.....	106
ENTRESTO.....	73	estarylla.....	106
enulose.....	94	estazolam.....	146
ENVARUSUS XR.....	119	estradiol.....	106
EPIDIOLEX.....	17	estradiol valerate.....	106
EPIFOAM.....	87	estradiol-norethindrone acet.....	106
epinastine hcl.....	136	estratest f.s.....	106
epinephrine.....	141	ESTRATEST H.S.....	106
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	142	ESTRING.....	106
epitol.....	21	estrogens conjugated.....	106
EPIVIR HBV.....	53	eszopiclone.....	146
eplerenone.....	76	ethambutol hcl.....	31
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC.....	130	ethosuximide.....	19
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L.....	130	ethynodiol diac-eth estradiol.....	107
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M.....	130	etodolac.....	1
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S.....	130	etodolac er.....	1
EQUETRO.....	59	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	107
ergocalciferol.....	125	etravirine.....	54
ERGOLOID MESYLATES.....	22	EUCRISA.....	85
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	30	EULEXIN.....	32
ERIVEDGE.....	36	euthyrox.....	114
ERLEADA.....	32	everolimus.....	36,37,119
erlotinib hcl.....	36	EVEXITHROID.....	114
errin.....	113	EVOTAZ.....	56
ertapenem sodium.....	14	exemestane.....	34
ERY.....	89	EXXUA.....	23
ery-tab.....	15	EXXUA TITRATION PACK.....	24
erythrocin lactobionate.....	15	ezetimibe.....	77
ERYTHROCIN STEARATE.....	15	ezetimibe-simvastatin.....	77
erythromycin.....	15,89,136	F	
erythromycin base.....	15	falmina.....	107

famciclovir.....	57	fluocinolone acetonide scalp.....	85
famotidine.....	96	fluocinonide.....	85
FANAPT.....	49	fluocinonide emulsified base.....	85
FANAPT TITRATION PACK A.....	49	fluorometholone.....	137
FANAPT TITRATION PACK B.....	49	fluorouracil.....	87
FANAPT TITRATION PACK C.....	49	fluoxetine hcl.....	25
FARXIGA.....	78	FLUOXETINE HCL.....	25
fayosim.....	107	FLUOXETINE HCL (PMDD).....	25
febuxostat.....	29	fluphenazine decanoate.....	48
feirza 1.5/30.....	107	FLUPHENAZINE HCL.....	48
feirza 1/20.....	107	FLURAZEPAM HCL.....	146
felbamate.....	17	FLURBIPROFEN.....	1
felodipine er.....	70	FLURBIPROFEN SODIUM.....	137
femynor.....	107	FLUTAMIDE.....	32
fenofibrate.....	76	fluticasone propionate.....	85,144
fenofibrate micronized.....	76	fluticasone-salmeterol.....	144
fenofibric acid.....	76	FLUTICASONE-SALMETEROL.....	144
fentanyl.....	2	fluvastatin sodium.....	76
fesoterodine fumarate er.....	98	fluvastatin sodium er.....	76
FETZIMA.....	24	fluvoxamine maleate.....	25
FETZIMA TITRATION.....	25	fluvoxamine maleate er.....	25
FIASP.....	62	FML.....	137
FIASP FLEXTOUCH.....	62	FML FORTE.....	137
FIASP PENFILL.....	62	folic acid.....	94
FIASP PUMPCART.....	62	fondaparinux sodium.....	64,65
fidaxomicin.....	15	formoterol fumarate.....	142
finasteride.....	99	fosamprenavir calcium.....	56
fingolimod hcl.....	82	fosfomycin tromethamine.....	8
FINTEPLA.....	17	fosinopril sodium.....	68
finzala.....	107	fosinopril sodium-hctz.....	73
flac.....	139	FOTIVDA.....	37
flavoxate hcl.....	98	FRUZAQLA.....	34
flecainide acetate.....	69	FULPHILA.....	66
FLEXICHAMBER.....	130	fulvestrant.....	33
fluconazole.....	28	furosemide.....	75
fluconazole in sodium chloride.....	28	fyavolv.....	107
flucytosine.....	28		
fludrocortisone acetate.....	101	G	
flunisolide.....	144	g tussin ac.....	144
fluocinolone acetonide.....	85,139	gabapentin.....	19
fluocinolone acetonide body.....	85	galantamine hydrobromide.....	23

galantamine hydrobromide er	23
galbriela	107
gallifrey	113
GAMUNEX-C	117
GARDASIL 9	121
gatifloxacin	136
GAUZE PADS 2	130
GAVILYTE-C	96
gavilyte-g	96
gavilyte-n with flavor pack	94
GAVRETO	37
gefitinib	37
gemfibrozil	76
gemmily	107
GEMTESA	98
generlac	94
gengraf	119
GENTAK	136
gentamicin sulfate	7,136
GENVOYA	53
GILOTRIF	37
glatiramer acetate	82,83
glatopa	83
glimepiride	59
glipizide	59
glipizide er	59
glipizide xl	59
glipizide-metformin hcl	60
GLUCAGEN HYPOKIT	62
GLUCAGON EMERGENCY	62
glyburide	60
GLYBURIDE MICRONIZED	60
glyburide-metformin	60
glycopyrrolate	95
GLYXAMBI	60
GNP PEN NEEDLES	130
GOMEKLI	37
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	130
granisetron hcl	27
griseofulvin microsize	28
griseofulvin ultramicrosize	28

guaiaatussin ac	144
guaifenesin ac	144
guaifenesin-codeine	144
guanfacine hcl	67
guanfacine hcl er	80
GYNAZOLE-1	28

H

HADLIMA	120
HADLIMA PUSH TOUCH	120
HAEGARDA	116
hailey 1.5/30	107
hailey 24 fe	107
hailey fe 1.5/30	107
hailey fe 1/20	107
halobetasol propionate	85
haloette	107
haloperidol	48
haloperidol decanoate	48
haloperidol lactate	48
HAVRIX	122
heather	113
HEMMOREX-HC	85
heparin sodium (porcine)	65
heparin sodium (porcine) pf	65
HEPLISAV-B	122
HERNEXEOS	37
HIBERIX	122
HIZENTRA	117
HOMATROPAIRE	135
HUMALOG	62
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	62
HUMALOG KWIKPEN	62
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	62
HUMALOG MIX 75/25	62
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	62
HUMULIN 70/30	62
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	62
HUMULIN N	63
HUMULIN N KWIKPEN	63
HUMULIN R	63

HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	63	ILEVRO	137
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	63	imatinib mesylate	37
hydralazine hcl	78	IMBRUVICA	37,38
hydrochlorothiazide	76	imipenem-cilastatin	14
hydrocod poli-chlorphe poli er	145	imipramine hcl	26
hydrocodone bit-homatrop mbr	145	imiquimod	87
hydrocodone-acetaminophen	4	IMKELDI	38
hydrocodone-ibuprofen	4	IMOVAX RABIES	122
hydrocortisone	85,124	IMPAVIDO	45
hydrocortisone (perianal)	86	incassia	113
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE	87	INCRELEX	102
hydrocortisone acetate	86	INCRUSE ELLIPTA	141
HYDROCORTISONE BUTYRATE	86	indapamide	76
hydrocortisone valerate	86	indomethacin	1
hydrocortisone-acetic acid	139	indomethacin er	1
hydromet	145	INFANRIX	122
hydromorphone hcl	4	INLURIYO	33
HYDROMORPHONE HCL	4	INLYTA	38
hydromorphone hcl er	2	INQOVI	34
hydroxychloroquine sulfate	45	INREBIC	38
hydroxyurea	34	INSPIREASE	130
hydroxyzine hcl	140	INSULIN ASPART	63
hydroxyzine pamoate	140	INSULIN ASPART FLEXPEN	63
hyoscyamine sulfate	95	INSULIN ASPART PENFILL	63
hyoscyamine sulfate er	95	INSULIN LISPRO	63
HYOSCYAMINE SULFATE SL	95	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	63
HYOSYNE	95	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	63
HYRNUO	37	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	63
		INSULIN PEN NEEDLES	130
I		INSULIN SYRINGE 0.3 ML	131
ibandronate sodium	125	INSULIN SYRINGE 0.5 ML	131
IBRANCE	37	INSULIN SYRINGE 1 ML	131
IBTROZI	37	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	131
ibu	1	INSUPEN PEN NEEDLES	131
ibuprofen	1	INSUPEN32G EXTR3ME	131
icatibant acetate	116	INTELENCE	54
iclevia	107	INTRALIPID	131
ICLUSIG	37	introvale	107
icosapent ethyl	77	INVEGA HAFYERA	49,50
IDHIFA	37	INVEGA SUSTENNA	50
IDVYNSO	55	INVEGA TRINZA	50

IPOL.....	122
ipratropium bromide.....	141
ipratropium-albuterol.....	145
irbesartan.....	68
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	74
ISENTRESS.....	53
ISENTRESS HD.....	53
isibloom.....	107
isoniazid.....	31
isopropyl alcohol.....	87
isopropyl alcohol wipes.....	87
isosorb dinitrate-hydralazine.....	74
isosorbide dinitrate.....	78
isosorbide mononitrate.....	78
isosorbide mononitrate er.....	78
isotretinoin.....	83
isradipine.....	71
ITOVEBI.....	38
itraconazole.....	28
ivabradine hcl.....	74
ivermectin.....	45
IWILFIN.....	34
IXIARO.....	122

J

jaimiess.....	107
JAKAFI.....	38
JAKAFI XR.....	38
jantoven.....	65
JANUMET.....	60
JANUMET XR.....	60
JANUVIA.....	60
JARDIANCE.....	78
jasmiel.....	107
JAYPIRCA.....	38
jencycla.....	113
JENTADUETO.....	60
JENTADUETO XR.....	60
jinteli.....	107
jolessa.....	107
joyeaux.....	107

JUBBONTI.....	125
juleber.....	107
JULUCA.....	53
junel 1.5/30.....	107
junel 1/20.....	107
junel fe 1.5/30.....	107
junel fe 1/20.....	107
junel fe 24.....	108
JYNNEOS.....	122

K

k-prime.....	90
kaitlib fe.....	108
KALETRA.....	56
kalliga.....	108
KALYDECO.....	142
kariva.....	108
kcl in dextrose-nacl.....	90
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	90
kelnor 1/35.....	108
kelnor 1/50.....	108
KERENDIA.....	60
ketoconazole.....	28
ketorolac tromethamine.....	137
KINRIX.....	122
kionex.....	93
KISQALI (200 MG DOSE).....	38
KISQALI (400 MG DOSE).....	38
KISQALI (600 MG DOSE).....	38
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	38
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	38
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	38
klayesta.....	28
klor-con.....	90
klor-con 10.....	90
klor-con m10.....	90
klor-con m15.....	90
klor-con m20.....	90
klor-con/ef.....	90
KLOXXADO.....	6
KOMZIFTI.....	38

KOSELUGO	39
kourzeq	83
KRAZATI	39
kurvelo	108

L

l-glutamine	98
labetalol hcl	70
lacosamide	21
lactated ringers	91,131
lactulose	94
lactulose encephalopathy	94
LAGEVRIO	57
lamivudine	53,55
lamivudine-zidovudine	55
lamotrigine	17
lamotrigine er	17
lamotrigine starter kit-blue	17
lamotrigine starter kit-green	18
lamotrigine starter kit-orange	18
lansoprazole	97
LANTUS	63
LANTUS SOLOSTAR	63
lapatinib ditosylate	39
larin 1.5/30	108
larin 1/20	108
larin 24 fe	108
larin fe 1.5/30	108
larin fe 1/20	108
larissia	108
latanoprost	138
layolis fe	108
LAZCLUZE	35
LEDERLE LEUCOVORIN	34
leena	108
leflunomide	120
lenalidomide	33
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	39
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	39
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	39
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	39

LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	39
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	39
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	39
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	39
lessina	108
letrozole	34
leucovorin calcium	34
LEUKERAN	32
leuprolide acetate	115
levabuterol hcl	142
LEVALBUTEROL TARTRATE	142
levetiracetam	18
levetiracetam er	18
levo-t	114
LEVOBUNOLOL HCL	138
levocarnitine	98
levocarnitine sf	98
levocetirizine dihydrochloride	140
levofloxacin	15
LEVOFLOXACIN	15,136
levofloxacin in d5w	15
levonest	108
levonorg-eth estrad triphasic	108
levonorgest-eth est & eth est	108
levonorgest-eth estrad 91-day	108
levonorgest-eth estradiol-iron	108
levonorgestrel-ethinyl estrad	108
levora 0.15/30 (28)	108
levothyroxine sodium	114
levoxyl	114
LEXIVA	56
lidocaine	6
lidocaine hcl	6
LIDOCAINE HCL	6
lidocaine viscous hcl	6
lidocaine-prilocaine	6
lidocan	6
LIFYORLI (125 MG DOSE)	39
LIFYORLI (150 MG DOSE)	39
LILETTA (52 MG)	113
lillow	108

lincomycin hcl.....	8	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	115
linezolid.....	9	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	115
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	9	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	115
LINZESS.....	94	lurasidone hcl.....	50
liothyronine sodium.....	115	lutra.....	109
lisdexamfetamine dimesylate.....	79	LYBALVI.....	24
lisinopril.....	68	lyleq.....	113
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	74	lyllana.....	109
lithium.....	59	LYNPARZA.....	40
lithium carbonate.....	59	LYSODREN.....	34
lithium carbonate er.....	59	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	40
LIVTENCITY.....	52	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	40
lo-zumandimine.....	108	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	40
loestrin 1.5/30 (21).....	109	lyza.....	113
loestrin 1/20 (21).....	109		
loestrin fe 1.5/30.....	109	M	
loestrin fe 1/20.....	109	M-M-R II.....	122
lojaimiess.....	109	mafenide acetate.....	89
LOKELMA.....	93	magnesium sulfate.....	91
lomustine.....	32	malathion.....	88
LONSURF.....	34	maraviroc.....	55
loperamide hcl.....	95	marlissa.....	109
lopinavir-ritonavir.....	56	MARPLAN.....	24
lorazepam.....	59	MATULANE.....	32
lorazepam intensol.....	59	matzim la.....	72
LORBRENA.....	39	MAVYRET.....	53
loryna.....	109	maxi-tuss ac.....	145
losartan potassium.....	68	MAXIDEX.....	137
losartan potassium-hctz.....	74	meclizine hcl.....	26
loteprednol etabonate.....	137	medpura alcohol pads.....	87
loteprednol-tobramycin.....	135	MEDROL.....	101
lovastatin.....	77	medroxyprogesterone acetate.....	113
low-ogestrel.....	109	mefloquine hcl.....	45
loxapine succinate.....	48	megestrol acetate.....	113
lubiprostone.....	94	MEKINIST.....	40
luizza 1.5/30.....	109	MEKTOVI.....	40
luizza 1/20.....	109	meleya.....	113
LULICONAZOLE.....	28	meloxicam.....	2
LUMAKRAS.....	39,40	MELPHALAN.....	32
LUMIGAN.....	138	memantine hcl.....	23
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	115	memantine hcl er.....	23

memantine hcl-donepezil hcl.....	22	methylprednisolone.....	101
memantine hcl-donepezil hcl er.....	22	methylprednisolone acetate.....	101
MENACTRA.....	122	methylprednisolone sodium succ.....	101
MENEST.....	109	methyltestosterone.....	103
MENQUADFI.....	122	metoclopramide hcl.....	27
MENVEO.....	122	METOCLOPRAMIDE HCL.....	27
MEPHYTON.....	66	metolazone.....	76
meprobamate.....	58	metoprolol succinate er.....	70
mercaptopurine.....	33	metoprolol tartrate.....	70
meropenem.....	14	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	74
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	14	metronidazole.....	9
merzee.....	109	metyrosine.....	74
mesalamine.....	124	mexiletine hcl.....	69
mesalamine er.....	124	mibelas 24 fe.....	109
mesna.....	45	micafungin sodium.....	29
metaxalone.....	146	MICONAZOLE 3.....	29
metformin hcl.....	60	MICROCHAMBER.....	131
metformin hcl er.....	60	microgestin 1.5/30.....	109
methadone hcl.....	2,3	microgestin 1/20.....	109
methadone hcl intensol.....	3	microgestin 24 fe.....	109
methadose.....	3	microgestin fe 1.5/30.....	109
methazolamide.....	138	microgestin fe 1/20.....	109
methenamine hippurate.....	9	MICROSPACER.....	131
methergine.....	131	midodrine hcl.....	67
methimazole.....	116	mifepristone.....	115
methocarbamol.....	146	MIGERGOT.....	30
METHOTREXATE SODIUM.....	120	miglitol.....	60
methotrexate sodium.....	120	mili.....	109
methotrexate sodium (pf).....	120	mimvey.....	109
METHOXSALEN RAPID.....	87	minocycline hcl.....	16
methscopolamine bromide.....	96	minoxidil.....	78
methsuximide.....	19	minzoya.....	109
METHYLDOPA.....	67	mirtazapine.....	24
methylergonovine maleate.....	131	misoprostol.....	97
methylphenidate hcl.....	80	modafinil.....	147
METHYLPHENIDATE HCL ER.....	81	MODEYSO.....	34
methylphenidate hcl er.....	81	moexipril hcl.....	68
methylphenidate hcl er (cd).....	80	MOLINDONE HCL.....	48
methylphenidate hcl er (la).....	80	mometasone furoate.....	86,145
methylphenidate hcl er (osm).....	81	mondoxyne nl.....	17
methylphenidate hcl er(diffus).....	81	mono-linyah.....	109

montelukast sodium	140	NATACYN	136
MORPHINE SULFATE	4	nateglinide	61
morphine sulfate	5	NAYZILAM	6
morphine sulfate (concentrate)	5	nebivolol hcl	70
morphine sulfate er	3	NEBUSAL	145
MOUNJARO	60	necon 0.5/35 (28)	109
MOVANTIK	94	NEFAZODONE HCL	25
moxifloxacin hcl	16,136	neo-polycin	135
MOXIFLOXACIN HCL	16	neo-polycin hc	135
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	136	neomycin sulfate	7
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL	16	neomycin-bacitracin zn-polymyx	135
MRESVIA	122	neomycin-polymyxin-dexameth	135
MULTAQ	69	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	135
MULTI-VIT-FLOR	91	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	135
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE	91	neomycin-polymyxin-hc	139
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON	91	NERLYNX	40
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE	91	nevirapine	54
MULTIVITAMIN/FLUORIDE	91	NEVIRAPINE	54
mupirocin	89	NEVIRAPINE ER	54
mycophenolate mofetil	120	nevirapine er	54
mycophenolate mofetil hcl	120	NEXPLANON	113
mycophenolate sodium	120	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	77
mycophenolic acid	120	niacin er (antihyperlipidemic)	77
myorisan	84	NIACOR	77
MYRBETRIQ	99	nicardipine hcl	71
N		NICOTROL	7
na sulfate-k sulfate-mg sulf	94	NICOTROL NS	7
nabumetone	2	nifedipine	71
nadolol	70	nifedipine er	71
nafcillin sodium	13	nifedipine er osmotic release	71
nafrinse	91	nikki	109
naftifine hcl	29	nilotinib hcl	40
NAGLAZYME	98	nilutamide	32
naloxone hcl	7	nimodipine	71
naltrexone hcl	7	NINLARO	40
NAMZARIC	22	nisoldipine er	71
naproxen	2	nitazoxanide	45
naproxen dr	2	nitisinone	98
naproxen sodium	2	nitro-bid	78
naratriptan hcl	30	NITRO-DUR	78
		NITRO-TIME	78

nitrofurantoin.....	9	nyamyc.....	29
nitrofurantoin macrocrystal.....	9	nylia 1/35.....	110
nitrofurantoin monohyd macro.....	9	nylia 7/7/7.....	110
nitroglycerin.....	78	nymyo.....	110
NIVA THYROID.....	115	nystatin.....	29
NIVESTYM.....	66	nystatin-triamcinolone.....	87
NIZATIDINE.....	96	nystop.....	29
nora-be.....	113	O	
norelgestromin-eth estradiol.....	110	ocella.....	110
norethin ace-eth estrad-fe.....	110	octreotide acetate.....	116
norethin-eth estradiol-fe.....	110	OCTREOTIDE ACETATE.....	116
norethindron-ethinyl estrad-fe.....	110	ODEFSEY.....	54
norethindrone.....	113	ODOMZO.....	40
norethindrone acet-ethinyl est.....	110	OFEV.....	143
norethindrone acetate.....	113	ofloxacin.....	16,136,139
norethindrone-eth estradiol.....	110	OGSIVEO.....	40
norgestim-eth estrad triphasic.....	110	OJEMDA.....	40
norgestimate-eth estradiol.....	110	OJJAARA.....	34
norlyda.....	113	olanzapine.....	50
norlyroc.....	113	olanzapine-fluoxetine hcl.....	24
nortrel 0.5/35 (28).....	110	olmesartan medoxomil.....	68
nortrel 1/35 (21).....	110	olmesartan medoxomil-hctz.....	74
nortrel 1/35 (28).....	110	olmesartan-amlodipine-hctz.....	74
nortrel 7/7/7.....	110	olopatadine hcl.....	140
nortriptyline hcl.....	26	omega-3-acid ethyl esters.....	77
NORVIR.....	56	omeprazole.....	97
NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	131	OMNITROPE.....	96,102
NOVOLIN R FLEXPEN.....	63	ondansetron.....	27
NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	63	ONDANSETRON HCL.....	27
NOVOLOG.....	63	ondansetron hcl.....	27,28
NOVOLOG FLEXPEN.....	63	ONUREG.....	33
NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	63	OPIPZA.....	50
NOVOLOG PENFILL.....	63	OPSUMIT.....	143
NOVOLOG RELION.....	64	OPTICHAMBER DIAMOND.....	131
NP THYROID.....	115	OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK.....	131
NUBEQA.....	32	OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK.....	131
NUDEXTA.....	82	OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK.....	131
NULEV.....	96	OPVEE.....	131
NUPLAZID.....	50	oralone.....	83
NURTEC.....	30	ORGOVYX.....	116
NUTRILIPID.....	131		

orquidea	114	PEDIARIX	122
ORSERDU	32	PEDVAX HIB	122
orsythia	110	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	94
OSCIMIN	96	peg-3350/electrolytes	96
oseltamivir phosphate	57	peg-3350/electrolytes/ascorbat	94
OSPHENA	114	peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	94
OTEZLA	88,117	PEG-PREP	95
OTEZLA XR	88	PEGASYS	119
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK	117	PEMAZYRE	41
oxaprozin	2	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	131
oxazepam	59	PEN NEEDLES	132
oxcarbazepine	21	PENBRAYA	132
oxiconazole nitrate	29	penciclovir	89
oxybutynin chloride	99	penicillamine	99
oxybutynin chloride er	99	penicillin g potassium	13
oxycodone hcl	5	PENICILLIN G SODIUM	13
oxycodone-acetaminophen	5	penicillin v potassium	14
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	5	PENMENVY	122
oxymorphone hcl	5	PENTACEL	122
OXYMORPHONE HCL ER	3	pentamidine isethionate	45
OZEMPIC	61	pentazocine-naloxone hcl	5
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	61	pentoxifylline er	74
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	61	perampanel	18
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	61	PERINDOPRIL ERBUMINE	68
P		perlogard	83
pacerone	69	permethrin	88
paliperidone er	50	perphenazine	27
PANRETIN	44	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	24
pantoprazole sodium	97	PERSERIS	51
paricalcitol	125	pfizerpen	14
paroxetine hcl	25	phenazo	100
PAROXETINE HCL	25	phenazopyridine hcl	100
paroxetine hcl er	25	PHENELZINE SULFATE	24
paroxetine mesylate	25	phenobarbital	20
PAXLOVID (150/100)	57	phenobarbital-belladonna alk	96
PAXLOVID (300/100 & 150/100)	57	PHENOHYTRO	96
PAXLOVID (300/100)	58	phenytek	21
pazopanib hcl	41	phenytoin	21
PAZOPANIB HCL	41	phenytoin infatabs	22
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE	96	phenytoin sodium extended	22
		philith	110

PHOSPHO-TRIN K500.....	100	pramipexole dihydrochloride er.....	47
phytonadione.....	66	PRAMOSONE.....	88
PIFELTRO.....	54	prasugrel hcl.....	67
pilocarpine hcl.....	83,138	pravastatin sodium.....	77
pimecrolimus.....	86	praziquantel.....	45
pimozide.....	48	prazosin hcl.....	67
pimtrea.....	110	prednisolone.....	101
pindolol.....	70	prednisolone acetate.....	137
pioglitazone hcl.....	61	prednisolone sodium phosphate.....	102
pioglitazone hcl-glimepiride.....	61	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	137
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	61	prednisone.....	102
piperacillin sod-tazobactam so.....	14	PREDNISONE INTENSOL.....	102
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	41	pregabalin.....	82
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	41	PREMARIN.....	111
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	41	PREMASOL.....	92
pirfenidone.....	143	PREMIUM LIDOCAINE.....	6
PIRFENIDONE.....	143	PREMPHASE.....	111
pirmella 1/35.....	110	PREMPRO.....	111
pirmella 7/7/7.....	110	Prenatal vitamins.....	92
piroxicam.....	2	prevalite.....	77
PNV 27-CA/FE/FA.....	91	previfem.....	111
POCKET CHAMBER.....	132	PREVYMIS.....	52
POCKET SPACER.....	132	PREZCOBIX.....	56
podofilox.....	88	PREZISTA.....	56
POLY-VI-FLOR.....	91	PRIFTIN.....	31
polycin.....	135	primaquine phosphate.....	46
polymyxin b sulfate.....	9	primidone.....	20
polymyxin b-trimethoprim.....	136	PRIORIX.....	122
pomalidomide.....	33	PRO COMFORT ALCOHOL.....	132
portia-28.....	111	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	132
posaconazole.....	29	PRO COMFORT SPACER ADULT.....	132
pot & sod cit-cit ac.....	100	PRO COMFORT SPACER CHILD.....	132
potassium chloride.....	91	PRO COMFORT SPACER INFANT.....	132
potassium chloride crys er.....	91	probenecid.....	29
potassium chloride er.....	92	PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	132
potassium chloride in dextrose.....	92	PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	132
potassium chloride in nacl.....	92	procentra.....	79
potassium citrate er.....	92	PROCHAMBER VHC.....	132
potassium citrate-citric acid.....	100	prochlorperazine.....	27
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	92	prochlorperazine maleate.....	27
pramipexole dihydrochloride.....	46	procto-med hc.....	86

PROCTOFOAM HC.....	88
proctosol hc.....	86
proctozone-hc.....	86
progesterone.....	114
PROGRAF.....	120
promethazine hcl.....	27,140
PROMETHAZINE VC.....	145
PROMETHAZINE VC/CODEINE.....	145
promethazine-codeine.....	145
promethazine-dm.....	145
promethazine-phenyleph-codeine.....	145
promethazine-phenylephrine.....	145
promethegan.....	27
propafenone hcl.....	69
propafenone hcl er.....	69
proparacaine hcl.....	135
propranolol hcl.....	70
propranolol hcl er.....	70
propylthiouracil.....	116
PROQUAD.....	122
protriptyline hcl.....	26
pseudoeph-bromphen-dm.....	145
PULMOSAL.....	145
PULMOZYME.....	142
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	132
PURE COMFORT SPACER CHAMBER.....	132
pyrazinamide.....	31
pyridostigmine bromide.....	31
pyridostigmine bromide er.....	31
pyrimethamine.....	46

Q

qc alcohol.....	88
QINLOCK.....	34
QUADRACEL.....	122
quetiapine fumarate.....	51
quetiapine fumarate er.....	51
QUFLORA PEDIATRIC.....	92
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	132
quinapril hcl.....	68
quinapril-hydrochlorothiazide.....	74

quinidine gluconate er.....	69
QUINIDINE SULFATE.....	69
quinine sulfate.....	46
QVAR REDIHALER.....	140

R

ra isopropyl alcohol wipes.....	88
RABAVERT.....	122
rabeprazole sodium.....	97
RALDESY.....	25
raloxifene hcl.....	114
ramelteon.....	146
ramipril.....	68
ranolazine er.....	74
rasagiline mesylate.....	47
reclipsen.....	111
RECOMBIVAX HB.....	122
REGRANEX.....	88
relafen.....	2
RELENZA DISKHALER.....	57
RENTHYROID.....	115
repaglinide.....	61
REPATHA.....	77
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	77
REPATHA SURECLICK.....	77
RESTASIS.....	135
RETACRIT.....	66
RETEVMO.....	41
REVCOVI.....	98
REVUFORJ.....	41
REXULTI.....	51
REYATAZ.....	57
REZDIFFRA.....	115
REZLIDHIA.....	41
RHOPRESSA.....	138
RIBAVIRIN.....	53
ribavirin.....	53
RIDAURA.....	117
rifabutin.....	31
rifampin.....	31
rilpivirine hcl.....	54

riluzole.....	82	sapropterin dihydrochloride.....	98
RIMANTADINE HCL.....	57	SCSEMBLIX.....	42
ringers.....	92	scopolamine.....	27
ringers irrigation.....	132	SECUADO.....	51
RINVOQ.....	118	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	133
RINVOQ LQ.....	118	selegiline hcl.....	47
risedronate sodium.....	125	selenium sulfide.....	86
risperidone.....	51	SELZENTRY.....	56
risperidone microspheres er.....	51	SEREVENT DISKUS.....	142
RITEFLO.....	132	sertraline hcl.....	25
ritonavir.....	57	setlakin.....	111
rivaroxaban.....	65	sevelamer carbonate.....	93
rivastigmine.....	23	sharobel.....	114
rivastigmine tartrate.....	23	SHINGRIX.....	123
rivelsa.....	111	SIGNIFOR.....	116
rizatriptan benzoate.....	30	sildenafil citrate.....	100,143
ROCKLATAN.....	135	SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	133
roflumilast.....	142	silodosin.....	99
ROMVIMZA.....	41	silver sulfadiazine.....	88
ropinirole hcl.....	47	SIMBRINZA.....	138
ropinirole hcl er.....	47	SIMLANDI (1 PEN).....	120
rosadan.....	9	SIMLANDI (1 SYRINGE).....	121
rosuvastatin calcium.....	77	SIMLANDI (2 PEN).....	121
rosyrah.....	111	SIMLANDI (2 SYRINGE).....	121
ROTARIX.....	123	simliya.....	111
ROTATEQ.....	123	simpesse.....	111
roweepra.....	18	simvastatin.....	77
ROZLYTREK.....	41	sirolimus.....	121
RUBRACA.....	41	SIRTURO.....	31
rufinamide.....	22	SKYRIZI.....	118
RUKOBIA.....	55	SKYRIZI (150 MG DOSE).....	118
RYBELSUS.....	61	SKYRIZI PEN.....	118
RYDAPT.....	42	SMOFLIPID.....	133
S		SOD CITRATE-CITRIC ACID.....	100
sacubitril-valsartan.....	74	sod citrate-citric acid.....	100
sajazir.....	116	sodium chloride.....	92
SALINE BACTERIOSTATIC.....	133	SODIUM CHLORIDE.....	145
salsalate.....	2	sodium chloride (pf).....	92
SANDIMMUNE.....	120	SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC.....	133
SANTYL.....	88	SODIUM CITRATE-CITRIC ACID.....	100
		sodium fluoride.....	93

sodium oxybate	147	sulindac	2
sodium phenylbutyrate	98	sumatriptan	30
sodium polystyrene sulfonate	93	sumatriptan succinate	30
solifenacin succinate	99	SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL	30
SOLTAMOX	33	sunitinib malate	42
SOMAVERT	116	SUNLENCA	56
sorafenib tosylate	42	SURE COMFORT PEN NEEDLES	133
sorine	69	syeda	111
sotalol hcl	69	SYMPAZAN	20
sotalol hcl (af)	69	SYMTUZA	57
SPINOSAD	88	SYNAREL	116
SPIRIVA RESPIMAT	141	SYNJARDY	61
spironolactone	76	SYNJARDY XR	61
spironolactone-hctz	74	SYNRIBO	42
sprintec 28	111	SYNTHROID	115
SPRITAM	18	T	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	94	TABLOID	33
sronyx	111	TABRECTA	42
ssd	88	tacrolimus	86,121
SSS 10-5	88	tadalafil	99
STAVUDINE	55	tadalafil (pah)	99,143
STELARA	118	TAFINLAR	42
sterile water for irrigation	133	tafluprost (pf)	139
STIOLTO RESPIMAT	145	TAGRISSO	42
STIVARGA	42	TALZENNA	42
STREPTOMYCIN SULFATE	7	tamoxifen citrate	33
STRIBILD	53	tamsulosin hcl	99
subvenite	18	tarina 24 fe	111
SUBVENITE	18	tarina fe 1/20	111
subvenite starter kit-blue	18	tarina fe 1/20 eq	111
subvenite starter kit-green	18	tasimelteon	146
subvenite starter kit-orange	18	taysofy	111
sucrafate	97	tazarotene	84
sulfacetamide sodium	137	TAZICEF	12
sulfacetamide sodium (acne)	84	taztia xt	72
SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR	88	TAZVERIK	42
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	136	TDVAX	123
sulfadiazine	16	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	133
sulfamethoxazole-trimethoprim	16	telmisartan	68
sulfasalazine	124	telmisartan-amlodipine	75
sulfatrim pediatric	16		

telmisartan-hctz.....	75	tizanidine hcl.....	52
temazepam.....	146	TOBRADEX.....	136
TENCON.....	82	tobramycin.....	137,142
TENIVAC.....	123	tobramycin sulfate.....	8
tenofovir disoproxil fumarate.....	55	tobramycin-dexamethasone.....	136
TEPMETKO.....	42	TOBREX.....	137
terazosin hcl.....	67	TOLAK.....	88
terbinafine hcl.....	29	tolterodine tartrate.....	99
terbutaline sulfate.....	142	tolterodine tartrate er.....	99
terconazole.....	29	tolvaptan.....	93
teriflunomide.....	83	topiramate.....	18
teriparatide.....	125	topiramate er.....	18
testosterone.....	103	toremifene citrate.....	33
testosterone cypionate.....	103	toremide.....	75
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	103	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	64
tetrabenazine.....	82	TOUJEO SOLOSTAR.....	64
tetracycline hcl.....	17	TPN ELECTROLYTES.....	93
THALOMID.....	33	TRADJENTA.....	61
THEO-24.....	142	tramadol hcl.....	5
theophylline.....	143	tramadol hcl er.....	3
theophylline er.....	143	tramadol-acetaminophen.....	6
thioridazine hcl.....	48	trandolapril.....	68
thiothixene.....	48	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	75
THYROID.....	115	tranexamic acid.....	66
tiadylt er.....	72	tranylcypromine sulfate.....	24
tiagabine hcl.....	20	travoprost (bak free).....	139
TIBSOVO.....	42	trazodone hcl.....	25
ticagrelor.....	67	TRECTOR.....	31
TICOVAC.....	123	TRELEGY ELLIPTA.....	146
tigecycline.....	9	TRESIBA.....	64
tilia fe.....	111	TRESIBA FLEXTOUCH.....	64
timolol hemihydrate.....	138	tretinoin.....	44,84
timolol maleate.....	70,138	TREXALL.....	121
timolol maleate (once-daily).....	138	tri femynor.....	111
timolol maleate ocudose.....	138	tri-estarylla.....	111
timolol maleate pf.....	138	tri-legest fe.....	111
tinidazole.....	9	tri-linyah.....	111
tiotropium bromide.....	141	tri-lo-estarylla.....	111
tis-u-sol.....	133	tri-lo-marzia.....	111
TIVICAY.....	53	tri-lo-mili.....	111
TIVICAY PD.....	53	tri-lo-sprintec.....	112

tri-mili	112
tri-nymyo	112
tri-sprintec	112
TRI-VITE/FLUORIDE	94
tri-vylibra	112
tri-vylibra lo	112
triamcinolone acetonide	83,86
triamterene	76
triamterene-hctz	75
triazolam	146
TRICITRATES	100
triderm	86
trientine hcl	93
TRIENTINE HCL	93
trifluoperazine hcl	48
TRIFLURIDINE	137
trihexyphenidyl hcl	46
TRIKAFTA	142
trimethobenzamide hcl	27
trimethoprim	9
trimipramine maleate	26
TRINTELLIX	25
TRIUMEQ	55
TRIUMEQ PD	55
trivora (28)	112
TRIZIVIR	55
tropium chloride	99
tropium chloride er	99
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	133
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	133
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	133
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	133
TRULICITY	61
TRUMENBA	123
TRUQAP	43
TUKYSA	43
tulana	114
TURALIO	43
turqoz	112
TWINRIX	123
TYBOST	56

tydemy	112
TYENNE	118
TYMLOS	125
TYPHIM VI	123

U

UDENYCA	66
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	133
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	133
UNIFINE PENTIPS	133
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	134
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	134
unithroid	115
UPTRAVI	143
ursodiol	96
USTEKINUMAB	118
USTEKINUMAB-AEKN	118

V

valacyclovir hcl	57
VALCHLOR	88
valganciclovir hcl	52
valproate sodium	19
valproic acid	19
valsartan	68
valsartan-hydrochlorothiazide	75
VALTOCO 10 MG DOSE	20
VALTOCO 15 MG DOSE	20
VALTOCO 20 MG DOSE	20
VALTOCO 5 MG DOSE	20
valtya 1/35	112
VALTYA 1/50	112
vanadom	146
vancomycin hcl	9,10
VANDAZOLE	10
VANFLYTA	43
VAQTA	123
vardenafil hcl	100
varenicline tartrate	7
varenicline tartrate (starter)	7
varenicline tartrate(continue)	7

VARIVAX.....	123	VOSEVI.....	53
VAXCHORA.....	123	VOWST.....	134
VECAMYL.....	75	VRAYLAR.....	51
VELIVET.....	112	vyfemla.....	112
VENCLEXTA.....	43	vylibra.....	112
VENCLEXTA STARTING PACK.....	43	VYZULTA.....	139
venlafaxine hcl.....	25	W	
venlafaxine hcl er.....	25,26	warfarin sodium.....	65
VEOZAH.....	82	WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	134
verapamil hcl.....	72	WELIREG.....	34
VERAPAMIL HCL ER.....	72	wera.....	112
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	134	WINREVAIR.....	143
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	134	wixela inhub.....	146
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	134	wymzya fe.....	112
VERQUVO.....	75	WYOST.....	125
VERSACLOZ.....	52	X	
VERZENIO.....	43	XALKORI.....	43
vestura.....	112	xarah fe.....	112
vienna.....	112	XARELTO.....	65
vigabatrin.....	20	XARELTO STARTER PACK.....	65
vigadrone.....	20	XATMEP.....	121
VIGAFYDE.....	21	XCOPRI.....	19,22
vigpoder.....	21	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	22
vilazodone hcl.....	26	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	22
VIMKUNYA.....	123	XDEMVY.....	136
viorele.....	112	XELJANZ.....	118
VIRACEPT.....	57	XELJANZ XR.....	118
VIREAD.....	55	xelria fe.....	112
vitamin d (ergocalciferol).....	125	XERMELO.....	95
VITRAKVI.....	43	XIFAXAN.....	10
VIVOTIF.....	123	XIGDUO XR.....	61
VIZIMPRO.....	43	XIIDRA.....	136
volnea.....	112	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	57
VONJO.....	45	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	57
VORANIGO.....	43	XOLAIR.....	118
voriconazole.....	29	XOSPATA.....	44
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD.....	134	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	44
VORTEX HOLD		XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	44
CHMBR/MASK/TODDLER.....	134	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	44
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK.....	134		
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER.....	134		

XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	44	ZYPREXA RELPREVV.....	52
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	44		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	44		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	44		
XTANDI.....	32		
xulane.....	112		

Y

YESINTEK.....	118
YF-VAX.....	123
yuvafem.....	112

Z

zafemy.....	112
zafirlukast.....	140
zaleplon.....	146
ZARXIO.....	66
zebutal.....	82
ZEJULA.....	44
ZELBORAF.....	44
zenatane.....	84
ZENPEP.....	98
zenzedi.....	79,80
zidovudine.....	55
ziprasidone hcl.....	51
ziprasidone mesylate.....	51
ZIRGAN.....	137
zoledronic acid.....	125
ZOLINZA.....	34
zolmitriptan.....	30
zolpidem tartrate.....	146,147
zolpidem tartrate er.....	147
ZONISADE.....	22
zonisamide.....	22
ZONTIVITY.....	65
zovia 1/35 (28).....	112
ZTALMY.....	21
zumandimine.....	113
ZURZUVAE.....	24
ZYDELIG.....	44
ZYKADIA.....	44



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者。

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 ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាភតិកថ្លែងគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយភតិកថ្លែងផងដែរ។ 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 05/21/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite blueshieldca.com/medformulary2026.

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

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

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