



Blue Shield of California Medicare Rx Plan (PDP)

Formulario de 2026

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

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

N.º de identificación del formulario #26275

Este formulario se actualizó el 06/23/2026. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California Medicare Rx Plan llamando al (888) 239-6469 (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- S-SP (06/26)
Y0118_25_386A2_C 08222025
06/23/2026

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 of California Medicare Rx Plan.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 06/23/2026. 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 of California Medicare Rx Plan?

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 of California Medicare Rx Plan?".

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 of California Medicare Rx Plan?".

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 06/23/2026. 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 3 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 of California Medicare Rx Plan?

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 of California Medicare Rx Plan 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
inj	Medicamentos inyectables
inj	Insulinas cubiertas
spec	Medicamentos de nivel especializado

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGESICS		
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	1	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	1	
<i>diclofenac sodium (1.5 % solution, 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	1	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab 24h</i>	1	
<i>diclofenac-misoprostol (50-0.2 mg tab dr, 75-0.2 mg tab dr)</i>	1	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	1	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	1	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>	1	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er, er 600 mg tab er)</i>	1	
FLURBIPROFEN (FLURBIPROFEN 100 MG TAB, FLURBIPROFEN 50 MG TAB, FLURBIPROFEN 100 MG TAB)	1	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension, 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	1	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	1	
<i>indomethacin er 75 mg cap</i>	1	

Puede 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>	1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	1	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	1	
<i>naproxen dr 500 mg tab</i>	1	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	1	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	1	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	1	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	1	
<i>salsalate (salsalate 500 mg tab, salsalate 750 mg tab, salsalate 750 mg tab, salsalate 500 mg tab)</i>	1	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	1	
OPIOID ANALGESICS, 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>	1	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
DISKETS 40 MG TAB SOL	1	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>	1	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl er (er 8 mg tab er, er 16 mg tab er, er 32 mg tab er)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl er 12 mg tab 24h</i>	1	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg tab, 10 mg/ml conc)</i>	1	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/5ml solution, methadone hcl 10 mg/5ml solution)</i>	1	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)</i>	4	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>	1	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 40 mg tab sol</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	1	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl intensol 10 mg/ml conc</i>	1	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadose 40 mg tab sol</i>	1	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>	1	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYMORPHONE HCL ER (ER 5 MG TAB ER 12H, ER 7.5 MG TAB ER 12H, ER 10 MG TAB ER 12H, ER 15 MG TAB ER 12H, ER 20 MG TAB ER 12H, ER 30 MG TAB ER 12H, ER 40 MG TAB ER 12H)	1	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>	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	1	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>	1	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	1	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate (codeine sulfate 30 mg tab, codeine sulfate 30 mg tab)</i>	1	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	1	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	1	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	1	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)</i>	1	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-300 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-300 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	1	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>	1	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen (hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg tab)</i>	1	QL (5 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid</i>	1	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	1	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	1	QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	1	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
MORPHINE SULFATE (5 MG SUPPOS, 10 MG SUPPOS, 20 MG SUPPOS, 30 MG SUPPOS)	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>morphine sulfate (concentrate) (morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i>	1	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)</i>	1	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)</i>	1	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)</i>	1	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	1	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (20 mg tab, 100 mg/5ml conc)</i>	1	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	1	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	1	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	1	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	1	QL (60 PER 1 DAYS), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	1	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxymorphone hcl 10 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxymorphone hcl 5 mg tab</i>	1	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>pentazocine-naloxone hcl (pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab, pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab)</i>	1	QL (12 PER 1 DAYS), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tramadol hcl 100 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	1	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANESTHETICS

LOCAL ANESTHETICS

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

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING

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

OPIOID DEPENDENCE

<i>buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)</i>	1	
<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>	1	

OPIOID REVERSAL AGENTS

KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
----------------------------	---	-------------------------

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>naloxone hcl (naloxone hcl 0.4 mg/ml soln 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>	1	
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	1	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	2	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	1	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIBACTERIALS		
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	1	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	4	

Puede 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>	4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	2	
<i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml)</i>	4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>	4	
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)	4	
CLINDESSE 2 % CREAM	2	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	4	
<i>daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)</i>	5	
<i>fosfomicin tromethamine 3 gm packet</i>	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	4	

Puede 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>	1	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	1	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 250 mg tab, 375 mg cap, 500 mg tab)</i>	1	
<i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i>	4	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	4	
<i>rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)</i>	1	
<i>tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)</i>	4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	1	
<i>trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)</i>	1	
<i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>	1	
<i>vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)</i>	1	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 2 gm recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 1.75 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 100 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln)</i>	4	
<i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	1	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME)
VANDAZOLE 0.75 % GEL	2	
XIFAXAN 200 MG TAB	3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	1	
CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H	1	
<i>cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap)</i>	1	
<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>	4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap)</i>	1	

Puede 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>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)</i>	4	
<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>	1	
<i>cefotetan disodium (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	3	
<i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>	4	
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)	1	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	1	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)</i>	5	
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	4	
<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>	4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	1	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>	4	

Puede 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>	1	
TAZICEF (TAZICEF 6 GM RECON SOLN, TAZICEF 2 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN)	4	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<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>	1	
<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>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab 12h</i>	1	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	1	

Puede 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 10 gm recon soln, ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 250 mg recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 125 mg recon soln, ampicillin sodium 500 mg recon soln)</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 3 (2-1) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 15 (10-5) gm recon soln)</i>	4	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML RECON SUSP	2	
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	1	
<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>	4	
<i>penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	4	

Puede 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>	1	
<i>pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	4	
<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>	4	
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)</i>	4	
<i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>	4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	4	
MACROLIDES		
<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>	1	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	4	
<i>clarithromycin (clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp)</i>	1	
<i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>	1	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 mg tab)</i>	1	

Puede 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>	1	
<i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)</i>	4	
ERYTHROCIN STEARATE 250 MG TAB	2	
<i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	1	
<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>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	2	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	2	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%))</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)</i>	4	
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	1	
<i>levofloxacin (levofloxacin 25 mg/ml solution, levofloxacin 25 mg/ml solution)</i>	4	

Puede 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>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>	4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)</i>	1	
SULFONAMIDES		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	4	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	1	
TETRACYCLINES		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	1	
<i>demeclocycline hcl (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>doxy 100 mg recon soln</i>	3	
<i>doxycycline 40 mg cap dr</i>	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	1	
<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>	1	PA
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	3	
<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>	1	

Puede 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>minocycline hcl (50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	1	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	1	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	1	

ANTICONVULSANTS

ANTICONVULSANTS, OTHER

<i>brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	1	ST, QL (20 ML PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	5	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>	1	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	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>	1	
<i>lamotrigine er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	1	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)</i>	1	ST, 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>lamotrigine er (er 250 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>	1	ST
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	1	
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	1	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	1	
<i>levetiracetam er 500 mg tab 24h</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab 24h</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	1	QL (24 ML PER 1 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	1	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	3	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	3	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	3	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>	1	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	5	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg</i>	1	
<i>subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	1	
<i>subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	1	
<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>	1	

Puede 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>topiramate 25 mg/ml solution</i>	1	QL (480 ML PER 30 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>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</i>	4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	1	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS

<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	1	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	1	

GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS

<i>clobazam 10 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	1	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	1	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i>	1	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	1	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	1	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	1	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>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)</i>	1	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	5	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>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	5	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	5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

SODIUM CHANNEL AGENTS

<i>carbamazepine (carbamazepine 200 mg/10ml suspension, carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 100 mg chew tab, carbamazepine 100 mg/5ml suspension, carbamazepine 200 mg tab)</i>	1	
<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>	1	
DILANTIN (30 MG CAP, 100 MG CAP, 125 MG/5ML SUSPENSION)	2	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW	2	
DILANTIN-125 MG/5ML SUSPENSION	2	
<i>epitol 200 mg tab</i>	1	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</i>	1	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab)</i>	1	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	1	
<i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	1	

Puede 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>	1	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	1	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	1	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	1	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	1	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	5	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)	5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	3	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	3	
<i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	

ANTIDEMENTIA AGENTS

ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER

ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl (14-10 mg cap er, 21-10 mg cap er, 28-10 mg cap er)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10 mg cap er, er 28-10 mg cap er)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
NAMZARIC 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG CP24 THPK	2	QL (28 PER 28 OVER TIME)
NAMZARIC 7-10 MG CAP ER 24H	2	QL (1 PER 1 DAYS)

CHOLINESTERASE INHIBITORS

<i>donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	1	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	1	

Puede 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>	1	
<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>	1	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	1	

N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST

<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>	1	
<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>	1	

ANTIDEPRESSANTS

ANTIDEPRESSANTS, OTHER

AUVELITY 45-105 MG TAB ER	3	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	3	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab 12h</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h</i>	1	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>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h</i>	1	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)	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	5	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>	1	
<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>	1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS

EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	3	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	1	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	1	

SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)

<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab, 20 mg/10ml solution, 40 mg tab)</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h</i>	1	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>escitalopram oxalate (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 20 mg tab)</i>	1	
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	3	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	3	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 10 mg tab, 20 mg cap, 20 mg tab, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)</i>	1	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)	1	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	1	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	1	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	1	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	1	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>	1	
<i>paroxetine mesylate 7.5 mg cap</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	5	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>	1	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	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>	1	

Puede 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 (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er (er 75 mg cap er, er 75 mg tab er)</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab 24h</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab 24h</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)

TRICYCLICS

<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	1	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	1	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>	1	
<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>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	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>	1	
<i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

ANTIEMETICS, OTHER

<i>compro 25 mg suppos</i>	1	
----------------------------	---	--

Puede 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>doxylamine-pyridoxine 10-10 mg tab dr</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	1	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution)</i>	1	
METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	1	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	4	
<i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i>	1	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 12.5 mg tab, 25 mg suppos, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	PA
<i>promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)</i>	1	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	1	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap, 125 mg cap)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	1	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	1	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	1	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	3	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	1	
CRESEMBA 186 MG CAP	5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	1	
<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>	1	
<i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i>	4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	1	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	1	
GYNAZOLE-1 2 % CREAM	1	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	1	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	1	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	1	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	1	
LULICONAZOLE 1 % CREAM	1	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>	4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	1	
<i>naftifine hcl (naftifine hcl 2 % cream, naftifine hcl 1 % cream)</i>	1	ST
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	1	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	1	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	1	
<i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	1	ST
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	1	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	1	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream, 80 mg suppos)</i>	1	
<i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i>	1	PA
<i>voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOUT AGENTS

<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>colchicine (0.6 mg cap, 0.6 mg tab)</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	1	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIMIGRAINE AGENTS		
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	2	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	2	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	2	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
ERGOT ALKALOIDS		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	1	QL (40 PER 28 DAYS)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	3	QL (20 PER 30 DAYS)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	1	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	1	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	1	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>pyridostigmine bromide (pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution)</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	1	
ANTIMYCOBACTERIALS		
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	1	
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
PRIFTIN 150 MG TAB	2	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	1	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	1	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	4	
SIRTIURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	3	
ANTINEOPLASTICS		
ALKYLATING AGENTS		
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)	2	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	2	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	
MATULANE 50 MG CAP	2	LA
MELPHALAN 2 MG TAB	1	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIANDROGENS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	1	
ERLEADA 240 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	1	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	1	
<i>nilutamide (nilutamide 150 mg tab, nilutamide 150 mg tab)</i>	5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	5	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
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>	5	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>	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)</i>	5	
INLURIYO 200 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	3	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	1	
ANTIMETABOLITES		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	1	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID LOID 40 MG	2	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	5	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	5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	1	
INQOVI 35-100 MG TAB	5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	1	
<i>leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)</i>	4	
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	1	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	2	
MODEYSO 125 MG CAP	5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION

<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	1	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	1	

ENZYME INHIBITORS

AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), 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	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib 100 mg tab</i>	5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib 500 mg tab</i>	5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)</i>	5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	5	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)	5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	3	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
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	5	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)	5	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)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	QL (70 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
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) (X & X 00 CAP THPK	5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) (50 2 X 25 & X 00 CAP THPK	5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LORBRENA 25 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	5	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
OJEMDA 100 MG TAB	5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	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
ROZLYTREK 50 MG PACKET	5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	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)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	5	LA, 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
TEPMETKO 225 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	2	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	5	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)	5	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
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TREATMENT ADJUNCTS		
<i>mesna 400 mg tab</i>	1	
VONJO 100 MG CAP	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIPARASITICS		
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	3	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	1	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	1	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	1	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	1	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	3	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	3	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i>	1	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	2	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab)</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	5	PA, QL (84 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>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	1	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	1	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	1	
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i>	1	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

ANTICHOLINERGICS

<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	4	
<i>trihexyphenidyl hcl (trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution, trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, trihexyphenidyl hcl 5 mg tab)</i>	1	

ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER

<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)</i>	1	
<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>	1	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	1	QL (8 PER 1 DAYS)

DOPAMINE AGONISTS

<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	1	

Puede 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 (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	1	
<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>	1	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>	1	
<i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab 24h</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab 24h</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)

DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS

<i>carbidopa 25 mg tab</i>	1	
<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>	1	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	1	

MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS

<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	1	

ANTIPSYCHOTICS

1ST GENERATION/TYPICAL

<i>chlorpromazine hcl (25 mg/ml, 50 mg/2ml)</i>	4	
---	---	--

Puede 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>	1	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	4	
<i>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)</i>	1	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>	4	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	1	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	2	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	1	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	1	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	1	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	1	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	1	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	5	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)	3	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	3	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	3	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	3	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 120 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	5	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>	1	
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	4	
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	5	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	1	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)	5	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>	1	
<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>	1	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	5	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>	1	
<i>risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i>	5	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)	5	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)	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	3	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	4	

Puede 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)	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TREATMENT-RESISTANT		
<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>	1	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	1	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	
<i>tizanidine hcl (2 mg cap, 2 mg tab, 4 mg cap, 4 mg tab, 6 mg cap)</i>	1	
ANTIVIRALS		
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	5	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	1	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
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	2	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	2	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	1	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	1	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS (25 MG CHEW TAB, 100 MG CHEW TAB)	2	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	2	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	2	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	2	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	2	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	2	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	2	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	3	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	2	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	2	QL (6 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	1	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg</i>	1	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	1	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB 24H	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	2	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	1	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	2	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	2	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>	1	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	2	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)</i>	1	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	3	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	2	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	2	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	2	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	1	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNZO 100-0.25 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	3	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)	2	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	2	QL (60 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	2	QL (1 PER 1 DAYS)

ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)

APTIVUS 250 MG CAP	2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	3	QL (13 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	2	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	1	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	1	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	2	
NORVIR 100 MG PACKET	2	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	2	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	2	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	2	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	2	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	2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	1	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	2	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	2	QL (4 PER 1 DAYS)

ANTI-INFLUENZA AGENTS

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	1	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	1	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	1	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	2	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	1	
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	3	QL (1 PER 30 OVER TIME)

ANTIHERPETIC AGENTS

<i>acyclovir (200 mg cap, 200 mg/5ml suspension, 400 mg tab, 800 mg tab, 800 mg/20ml suspension)</i>	1	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	1	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	1	

ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS

LAGEVRIO 200 MG CAP	5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK	1	QL (11 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
ANXIOLYTICS		
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>bupirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	1	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	
BENZODIAZEPINES		
<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>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	1	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab 24h</i>	1	QL (5 PER 1 DAYS)
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	1	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 3 mg tab er)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	1	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>	1	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (1 mg tab, 1 mg tab disp)</i>	1	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	1	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	1	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	1	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	1	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	1	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	1	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>	1	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i>	1	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	1	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	1	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	1	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>oxazepam (10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap)</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

MOOD STABILIZERS

EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	2	
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	1	
<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>	1	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>	1	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ANTIDIABETIC AGENTS

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>dapaglifloz base-metformin er (er 5-500 mg tab er, er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab 24h</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	1	
<i>glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)</i>	1	

Puede 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 er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	1	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	2	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA 100 MG TAB	2	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	2	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	1	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>	1	
<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>	1	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
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)	2	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN)	2	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	2	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	2	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	2	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)	2	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	2	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)	2	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
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	2	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR 10-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (1 PER 1 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	2	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg/ml recon soln)</i>	2	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	2	INS
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	INS
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	2	INS
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN	2	INS
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	2	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	2	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	2	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	2	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	2	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	2	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 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	2	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN KWIK(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	2	INS
HUMULIN N 100 UIT/ML SUSPESIO	2	INS
HUMULIN N KWIKPEN KWIK100 UIT/ML SUSP	2	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	2	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) (CONCENTATED) UNIT/ML SOLUTION	2	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN	2	INS
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	2	INS
INSULIN ASPART FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	2	INS
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	2	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	2	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	2	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	2	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	2	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	2	QL (40 PER 30 DAYS), INS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	QL (45 PER 30 DAYS), INS
NOVOLIN R FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	2	INS
NOVOLIN R FLEXPEN RELION FLEXELION 100 UNIT/ML SOLN	2	INS
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	2	INS
NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	2	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 FLEXPEN RELION FLEX100 UNIT/ML SOLN	2	INS
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	2	INS
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	2	INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	2	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	2	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	2	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	2	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	2	QL (27 PER 30 DAYS), INS

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ANTICOAGULANTS

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	2	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB SOL	2	QL (12 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB SOL	2	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	2	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	2	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)</i>	4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	4	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>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	5	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	1	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>	1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	2	QL (20 ML PER 1 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	2	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>	1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	2	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	2	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	2	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY 2.08 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	1	

Puede 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) (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)	4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR)	5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	5	PA
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	3	PA
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	5	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	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
HEMOSTASIS AGENTS		
MEPHYTON 5 MG TAB	2	QL (5 PER 7 OVER TIME), EDC
<i>phytonadione 5 mg tab</i>	1	QL (5 PER 7 OVER TIME), EDC
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h</i>	1	
<i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	1	
<i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
CARDIOVASCULAR AGENTS		
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	1	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	3	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)	1	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	1	

Puede 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>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	1	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	1	
<i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>	1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>enalapril maleate 1 mg/ml solution</i>	1	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	1	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	

Puede 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>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	1	
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	1	
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	1	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	1	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	1	
MULTAQ 400 MG TAB	2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)</i>	1	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab</i>	1	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	1	
<i>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	1	
<i>sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	1	
<i>sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	1	
<i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	1	
<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>	1	ST
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<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>	1	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<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>	1	
<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>	1	
<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>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	1	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	1	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	1	
<i>nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	1	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	1	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	1	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	1	
<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>	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)</i>	1	
<i>dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)</i>	1	
<i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>	1	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	1	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	1	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	1	

Puede 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 300 mg extended release 24hr capsule</i>	1	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	1	
<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>	1	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h</i>	1	
<i>matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)</i>	1	
<i>taztia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er, 360 mg cap er)</i>	1	
<i>tiadyt 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>	1	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	1	
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)	1	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	1	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	

Puede 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>amiloride-hydrochlorothiazide (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab)</i>	1	
<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>	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>	1	
<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>	1	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	1	
<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>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	1	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	3	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	1	
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	2	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>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	1	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	1	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	1	
<i>metirosine 250 mg cap</i>	5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	1	
<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>	1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	1	
<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>	1	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	1	

Puede 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>	1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	1	
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)	1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	1	
VECAMYL 2.5 MG TAB	1	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	4	
<i>furosemide (furosemide 10 mg/ml solution, furosemide 10 mg/ml solution)</i>	4	
FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 40 MG TAB, FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 20 MG TAB, FUROSEMIDE 80 MG TAB)	1	
<i>torseamide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	1	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	ST
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	1	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<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>	1	
<i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)</i>	1	
<i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>	1	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab 24h</i>	1	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	

Puede 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>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	1	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	1	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	1	
<i>colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)</i>	1	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	1	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	1	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	1	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	1	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	2	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	2	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	2	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)</i>	1	
<i>nitro-bid 2 % ointment</i>	1	
NITRO-DUR (0.3 MG/HR PATCH 24HR, 0.8 MG/HR PATCH 24HR)	2	
NITRO-TIME (2.5 MG CAP ER, 6.5 MG CAP ER, 9 MG CAP ER)	1	
<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>	1	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
<i>amphetamine sulfate 10 mg tab</i>	1	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine sulfate 5 mg tab</i>	1	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>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	1	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg/5ml solution</i>	1	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap 24h</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap 24h</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>	1	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>procentra 5 mg/5ml solution</i>	1	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 15 mg tab</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 20 mg tab</i>	1	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>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	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>	1	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (10 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 20 mg tab)</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	1	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	1	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	1	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap</i>	1	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap 24h</i>	1	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)	1	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)	1	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>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (osm) 36 mg tab</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	1	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	1	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>	1	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>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50- 325-40 mg tab</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, 50-325 mg tab)</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine (50-300- 40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50- 325-40 mg tab)</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>esgic 50-325-40 mg cap</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NUEDEXTA 20-10 MG CAP	2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>riluzole 50 mg tab</i>	1	
TENCON 50-325 MG TAB	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zebutal 50-325-40 mg cap</i>	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

FIBROMYALGIA AGENTS

DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP	3	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	3	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP	3	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP	3	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg dr, 40 mg dr, 60 mg dr)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (30 PER 1 DAYS)

MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS

BETASERON 0.3 MG KIT	5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	5	PA, 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>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsy</i>	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i>	5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsy</i>	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>	3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	1	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	1	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	1	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	1	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	1	

DERMATOLOGICAL AGENTS

ACNE AND ROSACEA AGENTS

<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	1	
<i>adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)</i>	1	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>azelaic acid 15 % gel</i>	1	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	1	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-5 % gel)</i>	1	

Puede 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>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	1	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	1	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream)</i>	1	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ala-cort 1 % cream</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>	1	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	1	
ANUCORT-HC 25 MG SUPPOS	1	EDC
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOS	1	EDC
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	1	
<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>	1	

Puede 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>betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.1 % lotion)</i>	1	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	1	
<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>	1	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	1	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	1	
<i>clodan 0.05 % shampoo</i>	1	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	1	
<i>desoximetasone (0.05 % cream, 0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	1	
DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM	1	
EUCRISA 2 % OINTMENT	3	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	1	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	1	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	1	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	1	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	1	QL (200 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
HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOS	1	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>	1	
<i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)</i>	1	
<i>hydrocortisone acetate (hydrocortisone acetate 25 mg suppos, hydrocortisone acetate 25 mg suppos)</i>	1	EDC
HYDROCORTISONE BUTYRATE (HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % OINTMENT, HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % SOLUTION, HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % OINTMENT)	1	
<i>hydrocortisone valerate (0.2 % cream, 0.2 % ointment)</i>	1	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	1	
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	1	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	1	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	1	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	1	
<i>selenium sulfide (selenium sulfide 2.5 % lotion, selenium sulfide 2.5 % lotion)</i>	1	
<i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>	1	QL (100 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>triamcinolone acetonide (triamcinolone acetonide 0.025 % cream, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % ointment, triamcinolone acetonide 0.1 % cream, triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, triamcinolone acetonide 0.1 % ointment, triamcinolone acetonide 0.5 % cream, triamcinolone acetonide 0.5 % ointment, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion)</i>	1	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	1	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	1	
ANALPRAM HC 2.5-1 % LOTION	2	
ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION	2	
AVAR-E EMOLLIENT 10-5 % CREAM	1	EDC
<i>avar-e green 10-5 % cream</i>	1	EDC
<i>calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution)</i>	1	
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>	1	PA, QL (400 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	1	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	1	QL (800 PER 28 OVER TIME)
<i>clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)</i>	1	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	1	
EPIFOAM 1	2	
<i>fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	1	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	1	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	1	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	1	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	1	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	1	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	1	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)</i>	1	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	2	
PROCTOFOAM HC PROCTOI	2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	1	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	1	
REGRANEX 0.01 % GEL	2	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	1	
<i>ssd 1 % cream</i>	1	
SSS 10-5 (10-5 10-5 % CREAM, 10-5 10-5 % FOAM)	1	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)	1	EDC
TOLAK 4 % CREAM	2	
VALCHLOR 0.016 % GEL	5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	1	
<i>permethrin (permethrin 5 % cream, permethrin 5 % cream)</i>	1	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	1	QL (240 PER 30 DAYS)
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir 5 % cream</i>	1	PA, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	1	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution)</i>	1	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	1	
<i>clindacin 1 % foam</i>	1	
<i>clindacin etz 1 % swab</i>	1	
<i>clindacin-p 1 % swab</i>	1	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	1	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (1 % foam, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	1	
<i>dapsone (5 % gel, 7.5 % gel)</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ERY 2 % PAD	1	
<i>erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % solution)</i>	1	
<i>mafenide acetate (mafenide acetate 5 % packet, mafenide acetate 5 % packet)</i>	1	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	1	
<i>penciclovir 1 % cream</i>	1	PA, QL (5 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 10 % solution)</i>	4	
<i>dextrose in lactated ringers in 5 % solution</i>	4	
DEXTROSE-NAACL 5-0.9 % SOLUTION	4	
<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>	4	
EFFER-K 25 MEQ TAB	1	EDC
<i>k-prime 25 meq effer tab</i>	1	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>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>	4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	4	
<i>klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet, klor-con 8 meq tab er)</i>	1	
<i>klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)</i>	1	
<i>klor-con m10 meq tab er</i>	1	
<i>klor-con m15 meq tab er</i>	1	
<i>klor-con m20 meq tab er</i>	1	
<i>klor-con/ef 25 meq effer tab</i>	1	EDC
<i>lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)</i>	4	
<i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>	4	
MULTI-VIT-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	1	EDC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON 0.25-10 MG/ML SOLUTION	1	EDC
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	1	EDC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	1	EDC
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	2	
POLY-VI-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	1	EDC
<i>potassium chloride (10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	1	
<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>	4	
<i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	1	
<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>	1	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	4	
<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>	4	
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	1	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	4	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>prenatal vitamins</i>	2	
QUFLORA PEDIATRIC (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	1	EDC
<i>ringers solution</i>	4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	4	
<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>	4	
<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>	1	
TPN ELECTROLYTES CONC	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
CHEMET 100 MG CAP	2	
<i>deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	2	
<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>	5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	1	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>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	1	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	2	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	1	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	1	
VITAMINS		
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution</i>	1	EDC
<i>dodex 1000 mcg/ml solution</i>	1	EDC
<i>folic acid 1 mg tab</i>	1	EDC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG/ML SUSPENSION	1	EDC
TRI-VITE/FLUORIDE (0.25 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG/ML SOLUTION)	1	EDC
GASTROINTESTINAL AGENTS		
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	1	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	1	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	1	
<i>lactulose (10 gm/15ml, 20 gm/30ml)</i>	1	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	1	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	2	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>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln</i>	1	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln</i>	1	
PEG-PREP 5-210 MG-GM KIT	1	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	3	PA
<i>diphenoxylate-atropine (diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab, diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg/5ml liquid)</i>	1	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	1	
XERMELO 250 MG TAB	5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>chlordiazepoxide-clidinium (chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap, chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap)</i>	1	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab)</i>	1	PA
<i>ed-spaz 0.125 mg tab disp</i>	1	EDC
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>	1	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>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>	1	EDC
<i>hyoscyamine sulfate er (hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h, hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h)</i>	1	EDC
HYOSCYAMINE SULFATE SL 0.125 MG TAB	1	EDC
HYOSYNE (0.125 MG/5ML ELIXIR, 0.125 MG/ML SOLUTION)	1	EDC
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	1	
NULEV 0.125 MG TAB DISP	1	EDC
OSCIMIN (0.125 MG SL TAB, 0.125 MG TAB)	1	EDC
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE 16.2 MG TAB	1	EDC
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE 16.2 MG/5ML ELIXIR	1	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg tab</i>	1	EDC
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg/5ml elixir</i>	1	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
PHENOHYTRO 16.2 MG TAB	1	EDC
PHENOHYTRO 16.2 MG/5ML ELIXIR	1	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	1	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	1	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	1	
<i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>	1	
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	1	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/5ml recon susp)</i>	1	
NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 15 MG/ML SOLUTION, NIZATIDINE 300 MG CAP)	1	
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	1	
<i>sucralfate (1 gm tab, 1 gm/10ml suspension)</i>	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	1	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)</i>	1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium (pantoprazole sodium 40 mg recon soln, pantoprazole sodium 40 mg recon soln)</i>	4	
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	1	
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (500 MG RECON SOLN, 1000 MG RECON SOLN)	5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	5	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)	2	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	3	PA, LA
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	2	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)</i>	1	
<i>levocarnitine sf 1 gm/10ml solution</i>	1	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	5	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
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)	2	

GENITOURINARY AGENTS

ANTISPASMODICS, URINARY

<i>darifenacin hydrobromide er 15 mg tab 24h</i>	1	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darifenacin hydrobromide er 7.5 mg tab 24h</i>	1	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)</i>	1	
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	1	
GEMTESA 75 MG TAB	2	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	2	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	1	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)</i>	1	
<i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)</i>	1	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	1	
<i>tropium chloride er 60 mg cap 24h</i>	1	

BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS

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

GENITOURINARY AGENTS, OTHER

<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACET	1	EDC
ELMIRON 100 MG CAP	2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	5	PA
<i>phenazo 200 mg tab</i>	1	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>	1	EDC
PHOSPHO-TRIN K500 KMG TAB	1	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>	1	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>	1	EDC
<i>sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	QL (8 PER 30 DAYS), EDC

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

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methylprednisolone acetate (methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension)</i>	4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)</i>	1	
<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>	1	
PREDNISONO INTENSOL 5 MG/ML CONC	1	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	1	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate spray (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, desmopressin acetate spray 0.01 % solution)</i>	1	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

ANDROGENS

<i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	1	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>	1	
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	1	PA
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (testosterone 10 mg/act (2%) gel, testosterone 10 mg/act (2%) gel)</i>	1	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>	1	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>	1	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>testosterone cypionate (testosterone cypionate 200 mg/ml solution, testosterone cypionate 100 mg/ml solution, testosterone cypionate 200 mg/ml solution)</i>	1	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	1	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
<i>abigale 1-0.5 mg tab</i>	1	
<i>abigale lo 0.5-0.1 mg tab</i>	1	
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>amabelz (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	1	
<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	1	
<i>amethyst 90-20 mcg tab</i>	1	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	1	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	1	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	

Puede 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>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	1	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	1	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	1	
<i>charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg() chew tab</i>	1	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	2	QL (4 PER 28 DAYS)
COVARYX 1.25-2.5 MG TAB	1	EDC
COVARYX HS 0.625-1.25 MG TAB	1	EDC
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	1	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	4	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	1	
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	1	
<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>	1	QL (16 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>drospiren-eth estrad-levomefol (3-0.02-0.451 mg tab, 3-0.03-0.451 mg tab)</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	1	
EEMT 1.25-2.5 MG TAB	1	EDC
EEMT HS 0.625-1.25 MG TAB	1	EDC
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	1	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	1	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>est estrogens-methyltest (est estrogens-methyltest 1.25-2.5 mg tab, est estrogens-methyltest 1.25-2.5 mg tab)</i>	1	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>	1	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>	1	EDC
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	
<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>	1	
<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>	1	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>	1	QL (8 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>estradiol valerate (10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml)</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	1	
<i>estratest f.s. 1.25-2.5 mg tab</i>	1	EDC
ESTRATEST H.S. 0.625-1.25 MG TAB	1	EDC
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	2	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	1	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>fayosim 42-21-21-7 days tab</i>	1	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	1	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	1	
<i>galbriela 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	1	
<i>gemmily 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	1	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	1	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	1	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	1	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	1	

Puede 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>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	1	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	1	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	1	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	1	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab</i>	1	
<i>kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	1	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	1	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>larin 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>layolis fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	1	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>levonest 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	1	
<i>levonorgest-eth est & eth est 42-21-21-7 days tab</i>	1	
<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>	1	

Puede 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>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab, 90-20 mcg tab)</i>	1	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	1	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	1	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	1	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>lutra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<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>	1	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	3	
<i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	1	
<i>mibelas 24 fe 1-20 mg-mcg() chew tab</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	1	

Puede 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>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	1	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	1	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	1	
<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>	1	
<i>norethin-eth estradiol-fe (0.4-35 chew tab, 0.8-25 chew tab)</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	1	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	1	
<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>	1	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	

Puede 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>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	1	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	2	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	2	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	2	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>rivelsa 42-21-21-7 days tab</i>	1	
<i>rosyrah 42-21-21-7 days tab</i>	1	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	1	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	1	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	1	
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>taysofy 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	1	
<i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	

Puede 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-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	1	
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	1	
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	1	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	1	
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	1	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	1	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	1	
<i>tydemy 3-0.03-0.451 mg tab</i>	1	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	1	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	1	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	1	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	1	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	1	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	1	

Puede 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>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	1	
<i>xarah fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	1	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	1	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	1	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	1	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	1	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	1	
PROGESTINS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	1	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	2	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	1	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	1	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	1	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	1	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	1	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	1	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	2	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	1	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	1	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate (megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension)</i>	1	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	1	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	2	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	1	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	1	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	1	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	1	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	1	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	1	
<i>progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	1	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	1	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	1	

SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS

OSPHENA 60 MG TAB	3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	1	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)	2	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)	2	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>	1	
EVEXITHROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB)	2	
<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>	2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	1	
<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>	2	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	1	
NIVA THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	2	EDC
NP THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	2	EDC
RENTHYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	2	EDC
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	5	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)	2	
THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	2	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>	2	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	1	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	5	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (octreotide acetate 50 mcg/ml solution, octreotide acetate 100 mcg/ml solution, octreotide acetate 200 mcg/ml solution, octreotide acetate 500 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution, octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsy, octreotide acetate 100 mcg/ml soln prsy)</i>	4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	5	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)	5	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)	5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	5	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

ANTITHYROID AGENTS

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ANGIOEDEMA AGENTS

HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	5	PA, LA
---	---	--------

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
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)	5	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)	5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	2	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 /ML SOLN PRSYR	5	PA, LA
COSENTYX (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	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)	5	PA
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azasan (75 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine 50 mg/ml solution</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	1	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>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 500 mg recon soln</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	3	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
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	2	PA - PART B VS D DETERMINATION
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) RINGE) 80 MG/0.8ML PREF KT	5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 20 MG/0.2ML PREF KT	5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 40 MG/0.4ML PREF KT	5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	3	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	2	VAC
ACTHIB RECONSOLN	2	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	2	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	2	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	2	VAC
BEXSERO SUSPPRSYR	2	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	2	VAC
DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION	2	
DENGVAXIA RECONSUSP	4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIPHtheria-TETANUS TOXoids DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	2	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	2	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	2	VAC
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	2	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	2	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	2	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	2	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	2	VAC
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	2	
I POL SUSPENSION	2	VAC
IXIARO SUSPENSION	4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	2	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	2	
M-M-R II RECONSOLN	2	VAC
MENACTRA SOLUTION	2	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	2	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	2	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	2	VAC
PEDIARIX SUSPPRSYR	2	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	2	
PENMENVY RECONSUSP	2	
PENTACEL RECONSUSP	2	
PRIORIX RECONSUSP	2	VAC
PROQUAD RECONSUSP	2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	2	
RABAVERT RECONSUSP	2	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)	2	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	2	
ROTATEQ SOLUTION	2	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	2	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	2	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	2	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	2	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	2	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	2	VAC
TRUMENBA SUSPPRSYR	2	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	2	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	2	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	2	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	2	VAC
VAXCHORA RECONSUSP	3	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	4	
VIVOTIF CAPDR	3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
YF-VAX RECONSUSP	4	VAC
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	1	
DIPENTUM 250 MG CAP	3	PA
<i>mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)</i>	1	
<i>mesalamine (mesalamine 400 mg cap dr, mesalamine 400 mg cap dr, mesalamine 800 mg tab dr)</i>	1	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	1	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 500 mg cap</i>	1	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	1	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	1	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 %	2	
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema)</i>	1	
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<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>	1	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	1	QL (3.7 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap, 1 mcg/ml solution)</i>	1	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol (doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap, doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	1	EDC
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>paricalcitol (2 mcg/ml, 5 mcg/ml)</i>	4	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>	1	
<i>teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)</i>	5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
<i>vitamin d (ergocalciferol) (1.25 mg (50000 ut) cap, 50000 unit cap)</i>	1	EDC
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	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>	4	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
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	2	
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER DEVICE	2	EDC
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	2	EDC
AEROCHAMBER MV MISC	2	EDC
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	2	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	2	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE (DEVICE, MISC)	2	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM (DEVICE, MISC)	2	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	2	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL (DEVICE, MISC)	2	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK MISC	2	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU MISC	2	EDC
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL MISC	2	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR MISC	2	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS MISC	2	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE MISC	2	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM MISC	2	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL MISC	2	EDC
AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC DEVICE	2	EDC

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AEROVENT PLUS DEVICE	2	EDC
ALCOHOL 70% PADS	1	
ALCOHOL PREP PAD	1	
ALCOHOL PREP PADS S 70 %	1	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	1	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	1	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	1	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	2	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	2	
AUM ALCOHOL PREP PADS S 70 %	1	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	
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)	2	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	2	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	2	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	2	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	2	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	2	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2"PAD	1	
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT DEVICE	2	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
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD DEVICE	2	EDC
BREATHE EASE LARGE DEVICE	2	EDC
BREATHE EASE MEDIUM DEVICE	2	EDC
BREATHE EASE SMALL DEVICE	2	EDC
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	2	EDC
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	1	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	2	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)	2	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	2	
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	2	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	2	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	2	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	2	EDC
CVS ALCOHOL PREP PADS S 70 %	1	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2"PAD	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30GX5MMMISC	2	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (5/16" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.3 ML MISC)	2	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" ML MISC	2	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	2	
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)	2	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 3GX4MMMISC	2	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32GX4MMMISC	2	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29GX12.7MMMISC	2	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	2	
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)	2	
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC DEVICE	2	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	2	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M DEVICE	2	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	2	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
FLEXICHAMBER DEVICE	2	EDC
<i>gauze pads 2</i>	1	
GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	2	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	1	
INSPIREASE MISC	2	EDC
INSULIN PEN NEEDLES	2	
INSULIN PEN NEEDLES	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
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)	2	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
INSUPEN32G EXTR3ME 6MMMISC	2	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	1	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	1	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	1	
MICROCHAMBER (DEVICE, MISC)	2	EDC
MICROSPACER MISC	2	EDC
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	2	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	4	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
OPTICHAMBER DIAMOND (DEVICE, MISC)	2	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	2	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK MISC	2	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK MISC	2	EDC
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	3	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
PENBRAYA RECONSUSP	2	VAC
POCKET CHAMBER DEVICE	2	EDC
POCKET SPACER DEVICE	2	EDC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	1	
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)	2	
PRO COMFORT SPACER ADULT MISC	2	EDC
PRO COMFORT SPACER CHILD MISC	2	EDC
PRO COMFORT SPACER INFANT DEVICE	2	EDC
PROCARE SPACER/ADULT MASK DEVICE	2	EDC
PROCARE SPACER/CHILD MASK DEVICE	2	EDC
PROCHAMBER VHC DEVICE	2	EDC
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
PURE COMFORT SPACER CHAMBER DEVICE	2	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
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)	2	
<i>ringers irrigation (ringers irrigation solution, ringers irrigation solution)</i>	1	
RITEFLO DEVICE	2	EDC
SALINE BACTERIOSTATIC 0.9 % SOLUTION	4	EDC
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	2	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2"PAD	1	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC 0.9 % SOLUTION	4	EDC
<i>sterile water for irrigation (sterile water for irrigation solution, sterile water for irrigation solution)</i>	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	2	
<i>tis-u-sol solution</i>	1	
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)	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	2	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX4MM MISC	2	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	2	
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)	2	
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)	2	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	2	EDC
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	2	EDC
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK DEVICE	2	EDC
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	2	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
VOWST CAP	5	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	1	

OPHTHALMIC AGENTS

OPHTHALMIC AGENTS, OTHER

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	1	
<i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i>	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)</i>	1	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	1	
<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>	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	1	
HOMATROPAIRE 5 % SOLUTION	1	EDC
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	1	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	1	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	1	
<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>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	1	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	1	
<i>proparacaine hcl 0.5 % solution</i>	1	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	2	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	1	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	1	
XDEMVIY 0.25 % SOLUTION	5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	2	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	1	
<i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>	1	
<i>cromolyn sodium (cromolyn sodium 4 % solution, cromolyn sodium 4 % solution)</i>	1	
<i>epinastine hcl 0.05 % solution</i>	1	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	1	
<i>erythromycin (erythromycin 5 mg/gm ointment, erythromycin 5 mg/gm ointment)</i>	1	
<i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>	1	QL (2.5 PER 30 DAYS)
GENTAK 0.3 % OINTMENT	1	

Puede 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>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	1	
LEVOFLOXACIN (LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION)	1	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	1	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	1	
NATACYN 5 % SUSPENSION	2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)</i>	1	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	1	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	1	
ZIRGAN 0.15 % GEL	3	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution</i>	1	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	1	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	1	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	1	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	1	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	1	
FML 0.1 % OINTMENT	3	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	3	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	2	QL (3 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ketorolac tromethamine (ketorolac tromethamine 0.4 % solution, ketorolac tromethamine 0.5 % solution)</i>	1	
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % gel, 0.5 % suspension)</i>	1	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	3	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	1	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)</i>	1	
BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION	2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	1	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	1	
<i>timolol hemihydrate 0.5 % solution</i>	1	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.25 % solution, 0.5 % gel f soln, 0.5 % solution)</i>	1	
<i>timolol maleate (once-daily) 0.5 % solution</i>	1	
<i>timolol maleate ocudose 0.5 % solution</i>	1	
<i>timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)</i>	1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>	1	
<i>apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)</i>	1	
<i>brimonidine tartrate (0.1 %, 0.15 %, 0.2 %)</i>	1	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	1	
<i>dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
<i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>	1	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	2	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	2	

OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS

<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	1	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)</i>	1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	2	QL (5 ML PER 30 DAYS)
<i>tafluprost (pf) 0.0015 % solution</i>	1	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	3	

OTIC AGENTS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	1	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ciprofloxacin-hydrocortisone 0.2-1 % suspension</i>	3	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	2	
DERMOTIC 0.01 % OIL	2	
<i>flac 0.01 % oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	1	
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUIITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	2	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	2	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	2	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	2	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>	1	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	1	PA
DESLORATADINE (2.5 MG TAB DISP, 5 MG TAB DISP)	1	ST
<i>desloratadine 5 mg tab</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 10 mg/5ml syrup, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)</i>	1	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>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	1	
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml, 12.5 mg/10ml)</i>	1	PA
ANTILEUKOTRIENES		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	2	QL (25.8 GM PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	2	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	2	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	1	QL (13.4 PER 30 DAYS)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	1	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)</i>	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>albuterol sulfate (albuterol sulfate 0.63 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 1.25 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	1	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>	1	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	1	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>	1	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>	1	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	1	
<i>terbutaline sulfate 1 mg/ml solution</i>	4	
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<i>caffeine citrate 60 mg/3ml solution</i>	1	
<i>elixophyllin 80 mg/15ml elixir</i>	1	
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	1	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	1	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)	2	
<i>theophylline (80 mg/15ml elixir, 80 mg/15ml solution)</i>	1	
<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>	1	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)</i>	5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>macitentan 10 mg tab</i>	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	1	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	3	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)	5	PA, LA, 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
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 %, 20 %)</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	2	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension</i>	1	QL (23 PER 30 DAYS)
<i>benzonatate (benzonatate 100 mg cap, benzonatate 150 mg cap, benzonatate 150 mg cap, benzonatate 200 mg cap)</i>	1	EDC
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	2	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	2	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	2	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>bromfed dm 2-30-10 mg/5ml syrup</i>	1	EDC
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	2	QL (10.2 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
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	2	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	1	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	1	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	1	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)	1	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>g tussin ac 100-10 m/5ml solution</i>	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaiaatussin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml)</i>	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er (hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp, hydrocod poli- chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp)</i>	1	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab</i>	1	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution</i>	1	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydromet 5-1.5 mg/5ml solution</i>	1	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>maxi-tuss ac 100-10 mg/5ml solution</i>	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)
NEBUSAL 3 % SOLN	1	EDC
PROMETHAZINE VC 6.25-5 MG/5ML SYRUP	1	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
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	1	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)</i>	1	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml syrup</i>	1	PA, EDC
<i>promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup</i>	1	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-phenylephrine (promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup, promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup)</i>	1	PA
<i>pseudoeph-bromphen-dm 30-2-10 mg/5ml syrup</i>	1	EDC
PULMOSAL 7 % NEBU SOLN	1	EDC
SODIUM CHLORIDE (3 % NEBU SOLN, 7 % NEBU SOLN, 10 % NEBU SOLN)	1	EDC
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	2	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	1	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	PA
<i>metaxalone (400 mg tab, 800 mg tab)</i>	1	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	1	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	1	PA, 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
-------------------------------	--------------	---------------------------

SLEEP DISORDER AGENTS

SLEEP PROMOTING AGENTS

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

WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS

<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	1	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	1	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)</i>	5	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 W/MASK	126
ABELCET	28	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	126
abigale	104	AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	126
abigale lo	104	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	126
ABILIFY MAINTENA	49	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	126
abiraterone acetate	32	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	126
abirtega	32	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	126
ABRYSVO	121	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	126
acamprosate calcium	6	AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC	126
acarbose	59	AEROVENT PLUS	127
accutane	83	afirmelle	104
acebutolol hcl	70	AIMOVIG	30
acetaminophen-codeine	3	ak-poly-bac	135
acetazolamide	72	AKEEGA	33
acetazolamide er	138	ala-cort	84
acetic acid	139	albendazole	45
acetylcysteine	144	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair)	141
acitretin	83	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil)	141
ACTHIB	121	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	141
ACTIMMUNE	119	albuterol sulfate	141,142
acyclovir	57,89	albuterol sulfate hfa	142
acyclovir sodium	57	alclometasone dipropionate	84
ADACEL	121	ALCOHOL 70% PADS	127
adapalene	83	ALCOHOL PREP	127
adefovir dipivoxil	53	ALCOHOL PREP PADS	127
ADEMPAS	143	ALCOHOL SWABS	127
ADTHYZA	114	ALCOHOL SWABSTICK	127
ADVAIR HFA	144	alcohol wipes	87
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	126	ALDURAZYME	98
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER	126	ALECENSA	35
AEROCHAMBER MINI CHAMBER	126	alendronate sodium	124
AEROCHAMBER MV	126	alfuzosin hcl er	99
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE	126	aliskiren fumarate	72
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	126	allopurinol	29
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM	126	alosetron hcl	95
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	126	alprazolam	58
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	126		

alprazolam er.....	58	anastrozole.....	34
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	58	ANORO ELLIPTA.....	144
alprazolam xr.....	58	ANUCORT-HC.....	84
altavera.....	104	ANUSOL-HC.....	84
ALUNBRIG.....	35	apomorphine hcl.....	46
alyacen 1/35.....	104	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.....	98
amethyst.....	104	ARANELLE.....	104
amikacin sulfate.....	7	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	66
amiloride hcl.....	76	ARCALYST.....	117
amiloride-hydrochlorothiazide.....	73	AREXVY.....	121
amiodarone hcl.....	69	arformoterol tartrate.....	142
amitriptyline hcl.....	26	ARGYLE STERILE WATER.....	127
amlodipine besy-benazepril hcl.....	73	ARIKAYCE.....	7
amlodipine besylate.....	71	aripiprazole.....	49
amlodipine besylate-valsartan.....	73	armodafinil.....	147
amlodipine-atorvastatin.....	73	ARMOUR THYROID.....	114
amlodipine-olmesartan.....	73	ARNUITY ELLIPTA.....	140
amlodipine-valsartan-hctz.....	73	ascomp-codeine.....	3
ammonium lactate.....	84	asenapine maleate.....	49
amnesteem.....	83	ashlyna.....	104
amoxapine.....	26	ASMANEX (120 METERED DOSES).....	140
amoxicillin.....	12	ASMANEX (14 METERED DOSES).....	140
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.....	70
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.....	135	BALVERSA.....	35
ATROVENT HFA.....	141	balziva.....	105
aubra.....	104	BAQSIMI ONE PACK.....	62
aubra eq.....	104	BAQSIMI TWO PACK.....	62
AUGMENTIN.....	13	BARACLUDE.....	53
AUGTYRO.....	33	BCG VACCINE.....	121
AUM ALCOHOL PREP PADS.....	127	BD INSULIN SYRINGE.....	127
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	127	BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM	
AUM PEN NEEDLE.....	127	MISC.....	127
AURANOFIN.....	117	BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM	
aurovela 1.5/30.....	104	MISC.....	127
aurovela 1/20.....	104	BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM	
aurovela 24 fe.....	104	MISC.....	127
aurovela fe 1.5/30.....	104	BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM	
aurovela fe 1/20.....	104	MISC.....	127
AUVELITY.....	23	benazepril hcl.....	68
AUVELITY TITRATION PACK.....	23	benazepril-hydrochlorothiazide.....	73
AVAR-E EMOLLIENT.....	87	BENLYSTA.....	117
avar-e green.....	87	BENZNIDAZOLE.....	45
aviane.....	104	benzonatate.....	144
avidoxy.....	16	benzoyl peroxide-erythromycin.....	83
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	34	benztropine mesylate.....	46
ayuna.....	104	bepotastine besilate.....	136
AYVAKIT.....	35	BESIVANCE.....	15
azasan.....	119	BESREMI.....	119
azathioprine.....	119	betaine.....	98
AZATHIOPRINE SODIUM.....	119	betamethasone dipropionate.....	84
azelaic acid.....	83	betamethasone dipropionate aug.....	84
azelastine hcl.....	136,140	betamethasone valerate.....	85
azelastine-fluticasone.....	144	BETASERON.....	82
azithromycin.....	14	betaxolol hcl.....	70,138
aztreonam.....	8	bethanechol chloride.....	100
azurette.....	104	BETOPTIC-S.....	138
B		bexarotene.....	44
bac (butalbital-acetamin-caff).....	81	BEXSERO.....	121
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	135	bicalutamide.....	32
BACITRACIN.....	136	BICILLIN C-R.....	13
BACITRACIN-POLYMYXIN B.....	135	BICILLIN C-R 900/300.....	13
baclofen.....	52	BICILLIN L-A.....	13
balsalazide disodium.....	124	BIKTARVY.....	53
		BILDYOS.....	124

BILPREVDA.....	124	bupropion hcl er (xl).....	23,24
bimatoprost.....	139	buspirone hcl.....	58
BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	127	butalbital-acetaminophen.....	81
bisoprolol fumarate.....	70	butalbital-apap-caff-cod.....	3
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	73	butalbital-apap-caffeine.....	81
blisovi 24 fe.....	105	butalbital-asa-caff-codeine.....	3
blisovi fe 1.5/30.....	105	butalbital-aspirin-caffeine.....	1
blisovi fe 1/20.....	105	butorphanol tartrate.....	4
BOOSTRIX.....	121		
bosentan.....	143	C	
BOSULIF.....	35	CABENUVA.....	55
bosutinib.....	35	cabergoline.....	115
BRAFTOVI.....	36	CABOMETYX.....	36
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT.....	127	caffeine citrate.....	143
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD.....	128	calcipotriene.....	87
BREATHE EASE LARGE.....	128	calcipotriene-betameth diprop.....	87
BREATHE EASE MEDIUM.....	128	calcitonin (salmon).....	124
BREATHE EASE SMALL.....	128	calcitrene.....	87
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	128	CALCITRIOL.....	87,125
BREO ELLIPTA.....	144	calcitriol.....	125
breynd.....	144	calcium acetate (phos binder).....	93
BREZTRI AEROSPHERE.....	144	CALQUENCE.....	36
briellyn.....	105	camila.....	113
brimonidine tartrate.....	138	camrese.....	105
brimonidine tartrate-timolol.....	135	camrese lo.....	105
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.....	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.....	98
bupropion hcl er (smoking det).....	7	carisoprodol.....	146
bupropion hcl er (sr).....	23	CARTEOLOL HCL.....	138

cartia xt.....	71	CILOXAN.....	15
carvedilol.....	70	CIMDUO.....	54
carvedilol phosphate er.....	70	cimetidine.....	97
cataflam.....	1	cinacalcet hcl.....	125
CAYSTON.....	8	ciprofloxacin.....	15
caziant.....	105	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	citalopram 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.....	105	clindamycin phosphate in d5w.....	8
chateal.....	105	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	8
chateal eq.....	105	CLINDESSE.....	8
CHEMET.....	93	clobazam.....	19
chlordiazepoxide-clidinium.....	95	clobetasol prop emollient base.....	85
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.....	89	clonidine hcl.....	67
ciclopirox.....	89	clonidine hcl er.....	80
ciclopirox olamine.....	89	clopidogrel bisulfate.....	67
cilostazol.....	67	clorazepate dipotassium.....	58

clotrimazole	28	cromolyn sodium	96,136,143
clotrimazole-betamethasone	87	cryselle	105
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	145	cyred eq	105
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	36	CYSTAGON	98
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	36	CYTRA K CRYSTALS	100
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		dantrolene sodium	52
MASK	128	dapaglifloz base-metformin er	59
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	99
CORTIFOAM	124	darunavir	56
CORTISONE ACETATE	101	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	98	DENGVAXIA	121
CRESEMBA	28	DEPO-ESTRADIOL	105

DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	113	diflunisal.....	1
depo-testosterone.....	103	difluprednate.....	137
DERMOTIC.....	139	digitek.....	69
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.....	102,103	DILANTIN-125.....	21
desmopressin acetate pf.....	103	dilt-xr.....	71
desmopressin acetate spray.....	103	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.....	72
dexamethasone.....	101	DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	72
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.....	124
dexmethylphenidate hcl er.....	80	diphenoxylate-atropine.....	95
dextroamphetamine sulfate.....	79	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	122
dextroamphetamine sulfate er.....	79	dipyridamole.....	67
dextrose.....	90	DISKETS.....	2
dextrose in lactated ringers.....	90	disopyramide phosphate.....	69
DEXTROSE-NACL.....	90	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		
diclofenac-misoprostol.....	1		
dicloxacillin sodium.....	13		
dicyclomine hcl.....	95		
DIFICID.....	14		
DIFLORASONE DIACETATE.....	85		

DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY	
DISINTEGRATING TAB 5 MG	23
dorzolamide hcl	138
dorzolamide hcl-timolol mal	135
dorzolamide hcl-timolol mal pf	135
dotti	105
DOVATO	53
doxazosin mesylate	67
doxepin hcl	26
doxercalciferol	125
doxy 100	16
doxycycline	16
doxycycline hyclate	16
doxycycline monohydrate	16
doxylamine-pyridoxine	27
DRIZALMA SPRINKLE	82
dronabinol	27
DROPLET INSULIN SYRINGE	129
DROPLET MICRON	129
DROPLET PEN NEEDLES	129
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	129
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	129
drospiren-eth estrad-levomefol	106
drospirenone-ethinyl estradiol	106
DROXIA	98
droxidopa	67
duloxetine hcl	82
DUPIXENT	117
dutasteride	99
dutasteride-tamsulosin hcl	100
E	
e.e.s. 400	14
EASIVENT	129
EASIVENT MASK LARGE	129
EASIVENT MASK MEDIUM	129
EASIVENT MASK SMALL	129
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	129
EASY COMFORT PEN NEEDLES	129
EASY TOUCH INSULIN BARRELS	129
ec-naproxen	1
econazole nitrate	28
ed-spaz	95
EDURANT	54
EDURANT PED	54
EEMT	106
EEMT HS	106
EFAVIRENZ	54
efavirenz	54
efavirenz-emtricitab-tenofo df	54
efavirenz-lamivudine-tenofovir	54
EFFER-K	90
ELAPRASE	98
elinest	106
ELIQUIS	64
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	64
ELIQUIS (2 MG PACK)	64
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	64
elixophyllin	143
ELMIRON	100
eltrombopag olamine	66
eluryng	106
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	130
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	130
EMBECTA INSULIN SYRINGE	130
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	130
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	130
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	130
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	130
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	130
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	130
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	130
EMBRACE PEN NEEDLES	130
EMGALITY	30
EMGALITY (300 MG DOSE)	30
emoquette	106
EMSAM	24
emtricitab-rilpivir-tenofov df	54
emtricitabine	55
emtricitabine-tenofovir df	55
EMTRIVA	55
emzahn	113

enalapril maleate.....	68	erythrocin lactobionate.....	15
enalapril-hydrochlorothiazide.....	73	ERYTHROCIN STEARATE.....	15
ENBREL.....	119	erythromycin.....	15,89,136
ENBREL MINI.....	119	erythromycin base.....	15
ENBREL SURECLICK.....	119	erythromycin ethylsuccinate.....	15
endocet.....	4	erythromycin lactobionate.....	15
ENGERIX-B.....	122	ERZOFRI.....	49
enilloring.....	106	escitalopram oxalate.....	25
enoxaparin sodium.....	64,65	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.....	147
ENVARUSUS XR.....	120	estradiol.....	106
EPIDIOLEX.....	17	estradiol valerate.....	107
EPIFOAM.....	87	estradiol-norethindrone acet.....	107
epinastine hcl.....	136	estratest f.s.....	107
epinephrine.....	142	ESTRATEST H.S.....	107
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	142	ESTRING.....	107
epitol.....	21	estrogens conjugated.....	107
EPIVIR HBV.....	53	eszopiclone.....	147
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.....	37,120
erlotinib hcl.....	36,37	EVEXITHROID.....	114
errin.....	113	EVOTAZ.....	56
ertapenem sodium.....	14	exemestane.....	34
ERY.....	89	EXXUA.....	24
ery-tab.....	15	EXXUA TITRATION PACK.....	24
		ezetimibe.....	77

ezetimibe-simvastatin..... 77

F

falmina.....107
famciclovir.....57
famotidine.....97
FANAPT.....49
FANAPT TITRATION PACK A.....49
FANAPT TITRATION PACK B.....49
FANAPT TITRATION PACK C.....49
FARXIGA.....78
fayosim.....107
febuxostat.....29
feirza 1.5/30.....107
feirza 1/20.....107
felbamate.....17
felodipine er.....71
femynor.....107
fenofibrate.....76
fenofibrate micronized.....76
fenofibric acid.....76
fentanyl.....2
fesoterodine fumarate er.....99
FETZIMA.....25
FETZIMA TITRATION.....25
FIASP.....62
FIASP FLEXTOUCH.....62
FIASP PENFILL.....62
FIASP PUMPCART.....62
fidaxomicin.....15
finasteride.....100
fingolimod hcl.....82
FINTEPLA.....17
finzala.....107
flac.....139
flavoxate hcl.....99
flecainide acetate.....69
FLEXICHAMBER.....131
fluconazole.....28
fluconazole in sodium chloride.....28
flucytosine.....28

fludrocortisone acetate.....101
flunisolide.....145
fluocinolone acetonide.....85,139
fluocinolone acetonide body.....85
fluocinolone acetonide scalp.....85
fluocinonide.....85
fluocinonide emulsified base.....85
fluorometholone.....137
fluorouracil.....87
fluoxetine hcl.....25
FLUOXETINE HCL.....25
FLUOXETINE HCL (PMDD).....25
fluphenazine decanoate.....48
fluphenazine hcl.....48
FLUPHENAZINE HCL.....48
FLURAZEPAM HCL.....147
FLURBIPROFEN.....1
FLURBIPROFEN SODIUM.....137
FLUTAMIDE.....32
fluticasone propionate.....85,145
fluticasone-salmeterol.....145
FLUTICASONE-SALMETEROL.....145
fluvastatin sodium.....76
fluvastatin sodium er.....76
flvoxamine maleate.....25
flvoxamine maleate er.....25
FML.....137
FML FORTE.....137
folic acid.....94
fondaparinux sodium.....65
formoterol fumarate.....142
fosamprenavir calcium.....56
fosfomycin tromethamine.....8
fosinopril sodium.....68
fosinopril sodium-hctz.....74
FOTIVDA.....37
FRUZAQLA.....34
FULPHILA.....66
fulvestrant.....33
furosemide.....75
FUROSEMIDE.....75

fyavolv.....107

G

g tussin ac.....145
gabapentin.....19
galantamine hydrobromide.....23
galantamine hydrobromide er.....23
galbriela.....107
gallifrey.....113
GAMUNEX-C.....117
GARDASIL 9.....122
gatifloxacin.....136
GAUZE PADS 2.....131
GAVILYTE-C.....96
gavilyte-g.....96
gavilyte-n with flavor pack.....94
GAVRETO.....37
gefitinib.....37
gemfibrozil.....76
gemmily.....107
GEMTESA.....99
generlac.....94
gengraf.....120
GENTAK.....136
gentamicin sulfate.....7,137
GENVOYA.....53
GILOTRIF.....37
glatiramer acetate.....83
glatopa.....83
glimepiride.....59
glipizide.....59
glipizide er.....60
glipizide xl.....60
glipizide-metformin hcl.....60
GLUCAGEN HYPOKIT.....62
glucagon emergency.....62
glyburide.....60
GLYBURIDE MICRONIZED.....60
glyburide-metformin.....60
glycopyrrolate.....95
GLYXAMBI.....60

GNP PEN NEEDLES.....131
GOMEKLI.....37
GOODSENSE ALCOHOL SWABS.....131
granisetron hcl.....27
griseofulvin microsize.....28
griseofulvin ultramicrosize.....28
guaiaatussin ac.....145
guaifenesin ac.....145
guaifenesin-codeine.....145
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.....86
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	icatibant acetate.....	117
HUMULIN 70/30.....	63	iclevia.....	107
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	63	ICLUSIG.....	37
HUMULIN N.....	63	icosapent ethyl.....	77
HUMULIN N KWIKPEN.....	63	IDHIFA.....	37
HUMULIN R.....	63	IDVYNZO.....	55
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	63	ILEVRO.....	137
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	63	imatinib mesylate.....	37,38
hydralazine hcl.....	78	IMBRUVICA.....	38
hydrochlorothiazide.....	76	imipenem-cilastatin.....	14
hydrocod poli-chlorphe poli er.....	145	imipramine hcl.....	26
hydrocodone bit-homatrop mbr.....	145	imiquimod.....	88
hydrocodone-acetaminophen.....	4	IMKELDI.....	38
hydrocodone-ibuprofen.....	4	IMOVAX RABIES.....	122
hydrocortisone.....	86,124	IMPAVIDO.....	45
hydrocortisone (perianal).....	86	incassia.....	113
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE.....	88	INCRELEX.....	103
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.....	131
hydroxyzine hcl.....	140	INSULIN ASPART.....	63
hydroxyzine pamoate.....	140	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	63
hyoscyamine sulfate.....	96	INSULIN ASPART PENFILL.....	63
hyoscyamine sulfate er.....	96	INSULIN LISPRO.....	63
HYOSCYAMINE SULFATE SL.....	96	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	63
HYOSYNE.....	96	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	63
HYRNUO.....	37	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	63
		INSULIN PEN NEEDLES.....	131
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

INTELENCE	54
INTRALIPID	131
introvale	107
INVEGA HAFYERA	49,50
INVEGA SUSTENNA	50
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	88
isopropyl alcohol wipes	88
isosorb dinitrate-hydralazine	74
isosorbide dinitrate	78
isosorbide mononitrate	78
isosorbide mononitrate er	78
isotretinoin	84
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	108
JAYPIRCA	38

jencycla	113
JENTADUETO	60
JENTADUETO XR	60
jinteli	108
jolessa	108
joyeaux	108
JUBBONTI	125
juleber	108
JULUCA	53
junel 1.5/30	108
junel 1/20	108
junel fe 1.5/30	108
junel fe 1/20	108
junel fe 24	108
JYNNEOS	122

K

k-prime	90
kaitlib fe	108
KALETRA	56
kalliga	108
KALYDECO	142
kariva	108
kcl in dextrose-nacl	91
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	91
kelnor 1/35	108
kelnor 1/50	108
KERENDIA	60
ketoconazole	28
ketorolac tromethamine	138
KINRIX	122
kionex	94
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)	39
klayesta	28
klor-con	91
klor-con 10	91

klor-con m10.....	91	leflunomide.....	120
klor-con m15.....	91	lenalidomide.....	33
klor-con m20.....	91	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	39
klor-con/ef.....	91	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	39
KLOXXADO.....	6	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	39
KOMZIFTI.....	39	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	39
KOSELUGO.....	39	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	39
kourzeq.....	83	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	39
KRAZATI.....	39	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	39
kurvelo.....	108	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	39
L		lessina.....	108
l-glutamine.....	98	letrozole.....	34
labetalol hcl.....	70	leucovorin calcium.....	34
lacosamide.....	21	LEUKERAN.....	32
lactated ringers.....	91,131	leuprolide acetate.....	115
lactulose.....	94	levabuterol hcl.....	142
lactulose encephalopathy.....	94	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	142
LAGEVRIO.....	57	levetiracetam.....	18
lamivudine.....	53,55	levetiracetam er.....	18
lamivudine-zidovudine.....	55	levo-t.....	114
lamotrigine.....	17	LEVOBUNOLOL HCL.....	138
lamotrigine er.....	17,18	levocarnitine.....	98
lamotrigine starter kit-blue.....	18	levocarnitine sf.....	98
lamotrigine starter kit-green.....	18	levocetirizine dihydrochloride.....	141
lamotrigine starter kit-orange.....	18	levofloxacin.....	15
lansoprazole.....	97	LEVOFLOXACIN.....	137
LANTUS.....	63	levofloxacin in d5w.....	16
LANTUS SOLOSTAR.....	63	levonest.....	108
lapatinib ditosylate.....	39	levonorg-eth estrad triphasic.....	108
larin 1.5/30.....	108	levonorgest-eth est & eth est.....	108
larin 1/20.....	108	levonorgest-eth estrad 91-day.....	108
larin 24 fe.....	108	levonorgest-eth estradiol-iron.....	109
larin fe 1.5/30.....	108	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	109
larin fe 1/20.....	108	levora 0.15/30 (28).....	109
larissia.....	108	levothyroxine sodium.....	115
latanoprost.....	139	levoxyl.....	115
layolis fe.....	108	LEXIVA.....	56
LAZCLUZE.....	35	lidocaine.....	6
LEDERLE LEUCOVORIN.....	34	lidocaine hcl.....	6
leena.....	108	LIDOCAINE HCL.....	6
		lidocaine viscous hcl.....	6

lidocaine-prilocaine	6	luizza 1.5/30	109
lidocan	6	luizza 1/20	109
LIFYORLI (125 MG DOSE)	39	LULICONAZOLE	28
LIFYORLI (150 MG DOSE)	39	LUMAKRAS	40
LILETTA (52 MG)	113	LUMIGAN	139
lillow	109	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	115
lincomycin hcl	8	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	116
linezolid	9	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	116
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	9	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	116
LINZESS	94	lurasidone hcl	50
liothyronine sodium	115	lutera	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	109	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	macitentan	143
LOKELMA	94	mafenide acetate	89
lomustine	32	magnesium sulfate	91
LONSURF	34	malathion	89
loperamide hcl	95	maraviroc	55
lopinavir-ritonavir	56	marlissa	109
lorazepam	59	MARPLAN	24
lorazepam intensol	59	MATULANE	32
LORBRENA	39,40	matzim la	72
loryna	109	MAVYRET	53
losartan potassium	68	maxi-tuss ac	145
losartan potassium-hctz	74	MAXIDEX	138
loteprednol etabonate	138	meclizine hcl	27
loteprednol-tobramycin	135	medpura alcohol pads	88
lovastatin	76	MEDROL	101
low-ogestrel	109	medroxyprogesterone acetate	113
loxapine succinate	48	mefloquine hcl	46
lubiprostone	95	megestrol acetate	113

MEKINIST.....	40	methylphenidate hcl.....	80
MEKTOVI.....	40	METHYLPHENIDATE HCL ER.....	81
meleya.....	114	methylphenidate hcl er.....	81
meloxicam.....	2	methylphenidate hcl er (cd).....	80
MELPHALAN.....	32	methylphenidate hcl er (la).....	80
memantine hcl.....	23	methylphenidate hcl er (osm).....	81
memantine hcl er.....	23	methylphenidate hcl er(diffus).....	81
memantine hcl-donepezil hcl.....	22	methylprednisolone.....	101
memantine hcl-donepezil hcl er.....	22	methylprednisolone acetate.....	102
MENACTRA.....	122	methylprednisolone sodium succ.....	102
MENEST.....	109	methyltestosterone.....	103
MENQUADFI.....	122	metoclopramide hcl.....	27
MENVEO.....	122	METOCLOPRAMIDE HCL.....	27
MEPHYTON.....	67	metolazone.....	76
meprobamate.....	58	metoprolol succinate er.....	70
mercaptapurine.....	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.....	139	microgestin fe 1/20.....	110
methenamine hippurate.....	9	MICROSPACER.....	131
methergine.....	131	midodrine hcl.....	67
methimazole.....	116	mifepristone.....	116
methocarbamol.....	146	MIGERGOT.....	30
METHOTREXATE SODIUM.....	120	miglitol.....	60
methotrexate sodium.....	120	mili.....	110
methotrexate sodium (pf).....	120	mimvey.....	110
METHOXSALEN RAPID.....	88	minocycline hcl.....	17
methscopolamine bromide.....	96	minoxidil.....	78
methsuximide.....	19	minzoya.....	110
METHYLDOPA.....	67	mirtazapine.....	24
methylergonovine maleate.....	131	misoprostol.....	97

modafinil.....	147	naloxone hcl.....	7
MODEYSO.....	34	naltrexone hcl.....	7
moexipril hcl.....	68	NAMZARIC.....	22
MOLINDONE HCL.....	48	naproxen.....	2
mometasone furoate.....	86,145	naproxen dr.....	2
mondoxyne nl.....	17	naproxen sodium.....	2
mono-linyah.....	110	naratriptan hcl.....	30
montelukast sodium.....	141	NATACYN.....	137
MORPHINE SULFATE.....	4	nateglinide.....	61
morphine sulfate.....	5	NAYZILAM.....	6
morphine sulfate (concentrate).....	5	nebivolol hcl.....	70
morphine sulfate er.....	3	NEBUSAL.....	145
MOUNJARO.....	61	necon 0.5/35 (28).....	110
MOVANTIK.....	95	NEFAZODONE HCL.....	25
moxifloxacin hcl.....	16,137	neo-polycin.....	135
MOXIFLOXACIN HCL.....	16	neo-polycin hc.....	135
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	137	neomycin sulfate.....	7
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	16	neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	135
MRESVIA.....	122	neomycin-polymyxin-dexameth.....	136
MULTAQ.....	69	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	136
MULTI-VIT-FLOR.....	91	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	136
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE.....	94	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.....	114
mycophenolate sodium.....	120	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	77
mycophenolic acid.....	120	niacin er (antihyperlipidemic).....	77
myorisan.....	84	NIACOR.....	77
MYRBETRIQ.....	99	nicardipine hcl.....	71
N			
na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	95	NICOTROL.....	7
nabumetone.....	2	NICOTROL NS.....	7
nadolol.....	70	nifedipine.....	71
nafcillin sodium.....	13	nifedipine er.....	71
nafrinse.....	91	nifedipine er osmotic release.....	71
naftifine hcl.....	29	nikki.....	110
NAGLAZYME.....	98	nilotinib hcl.....	40
		nilutamide.....	32
		nimodipine.....	71

NINLARO.....	40	NOVOLOG RELION.....	64
nintedanib esylate.....	144	NP THYROID.....	115
nisoldipine er.....	71	NUBEQA.....	32
nitazoxanide.....	46	NUDEXTA.....	82
nitisinone.....	98	NULEV.....	96
nitro-bid.....	78	NUPLAZID.....	50
NITRO-DUR.....	78	NURTEC.....	30
NITRO-TIME.....	78	NUTRILIPID.....	131
nitrofurantoin.....	9	nyamyc.....	29
nitrofurantoin macrocrystal.....	9	nylia 1/35.....	110
nitrofurantoin monohyd macro.....	9	nylia 7/7/7.....	110
nitroglycerin.....	78	nymyo.....	111
NIVA THYROID.....	115	nystatin.....	29
NIVESTYM.....	66	nystatin-triamcinolone.....	88
NIZATIDINE.....	97	nystop.....	29
nora-be.....	114		
norelgestromin-eth estradiol.....	110	O	
norethin ace-eth estrad-fe.....	110	ocella.....	111
norethin-eth estradiol-fe.....	110	octreotide acetate.....	116
norethindron-ethinyl estrad-fe.....	110	OCTREOTIDE ACETATE.....	116
norethindrone.....	114	ODEFSEY.....	54
norethindrone acet-ethinyl est.....	110	ODOMZO.....	40
norethindrone acetate.....	114	ofloxacin.....	16,137,140
norethindrone-eth estradiol.....	110	OGSIVEO.....	40
norgestim-eth estrad triphasic.....	110	OJEMDA.....	41
norgestimate-eth estradiol.....	110	OJJAARA.....	34
norlyda.....	114	olanzapine.....	50
norlyroc.....	114	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.....	141
nortriptyline hcl.....	26	omega-3-acid ethyl esters.....	77
NORVIR.....	56	omeprazole.....	97
NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	131	OMNITROPE.....	97,103
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.....	64	OPIPZA.....	50
NOVOLOG PENFILL.....	64	OPSUMIT.....	143

OPTICHAMBER DIAMOND.....	132	PAXLOVID (150/100).....	57
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK....	132	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	57
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK...	132	PAXLOVID (300/100).....	58
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK....	132	pazopanib hcl.....	41
OPVEE.....	132	PAZOPANIB HCL.....	41
oralone.....	83	PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE	96
ORGOVYX.....	116	PEDIARIX.....	122
orquidea.....	114	PEDVAX HIB.....	122
ORSERDU.....	32	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	95
OSCIMIN.....	96	peg-3350/electrolytes.....	97
oseltamivir phosphate.....	57	peg-3350/electrolytes/ascorbat.....	95
OSPHENA.....	114	peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c.....	95
OTEZLA.....	88,117	PEG-PREP.....	95
OTEZLA XR.....	88	PEGASYS.....	119
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK....	118	PEMAZYRE.....	41
oxaprozin.....	2	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	132
oxazepam.....	59	PEN NEEDLES.....	132
oxcarbazepine.....	21	PENBRAYA.....	132
oxiconazole nitrate.....	29	penciclovir.....	89
oxybutynin chloride.....	99	penicillamine.....	100
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.....	46
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.....	89
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
		phenobarbital-belladonna alk.....	96

PHENOHYTRO.....	96	potassium chloride in dextrose.....	92
phenytek.....	21	potassium chloride in nacl.....	92
phenytoin.....	21	potassium citrate er.....	92
phenytoin infatabs.....	22	potassium citrate-citric acid.....	100
phenytoin sodium extended.....	22	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	92
philith.....	111	pramipexole dihydrochloride.....	47
PHOSPHO-TRIN K500.....	100	pramipexole dihydrochloride er.....	47
phytonadione.....	67	PRAMOSONE.....	88
PIFELTRO.....	54	prasugrel hcl.....	67
pilocarpine hcl.....	83,139	pravastatin sodium.....	77
pimecrolimus.....	86	praziquantel.....	45
pimozide.....	48	prazosin hcl.....	68
pimtrea.....	111	prednisolone.....	102
pindolol.....	70	prednisolone acetate.....	138
pioglitazone hcl.....	61	prednisolone sodium phosphate.....	102
pioglitazone hcl-glimepiride.....	61	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	138
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.....	144	PREMIUM LIDOCAINE.....	6
PIRFENIDONE.....	144	PREMPHASE.....	111
pirmella 1/35.....	111	PREMPRO.....	111
pirmella 7/7/7.....	111	Prenatal vitamins.....	93
piroxicam.....	2	prevalite.....	77
PNV 27-CA/FE/FA.....	92	previfem.....	111
POCKET CHAMBER.....	132	PREVYMIS.....	52
POCKET SPACER.....	132	PREZCOBIX.....	56
podofilox.....	88	PREZISTA.....	56
POLY-VI-FLOR.....	92	PRIFTIN.....	31
polycin.....	136	primaquine phosphate.....	46
polymyxin b sulfate.....	9	primidone.....	20
polymyxin b-trimethoprim.....	137	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.....	92	PRO COMFORT SPACER INFANT.....	132
potassium chloride crys er.....	92	probenecid.....	29
potassium chloride er.....	92	PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	132

PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	132
procentra.....	79
PROCHAMBER VHC.....	132
prochlorperazine.....	27
prochlorperazine maleate.....	27
procto-med hc.....	86
PROCTOFOAM HC.....	88
proctosol hc.....	86
proctozone-hc.....	86
progesterone.....	114
PROGRAF.....	120
promethazine hcl.....	27,141
PROMETHAZINE VC.....	145
PROMETHAZINE VC/CODEINE.....	146
promethazine-codeine.....	146
promethazine-dm.....	146
promethazine-phenyleph-codeine.....	146
promethazine-phenylephrine.....	146
promethegan.....	27
propafenone hcl.....	69
propafenone hcl er.....	69
proparacaine hcl.....	136
propranolol hcl.....	70
propranolol hcl er.....	70
propylthiouracil.....	116
PROQUAD.....	122
protriptyline hcl.....	26
pseudoeph-bromphen-dm.....	146
PULMOSAL.....	146
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.....	123

quetiapine fumarate.....	51
quetiapine fumarate er.....	51
QUFLORA PEDIATRIC.....	93
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	133
quinapril hcl.....	68
quinapril-hydrochlorothiazide.....	74
quinidine gluconate er.....	69
QUINIDINE SULFATE.....	69
quinine sulfate.....	46
QVAR REDHALER.....	140

R

ra isopropyl alcohol wipes.....	88
RABAVERT.....	123
rabeprazole sodium.....	98
RALDESY.....	25
raloxifene hcl.....	114
ramelteon.....	147
ramipril.....	69
ranolazine er.....	74
rasagiline mesylate.....	47
reclipsen.....	111
RECOMBIVAX HB.....	123
REGRANEX.....	88
relafen.....	2
RELENZA DISKHALER.....	57
RENTHYROID.....	115
repaglinide.....	61
REPATHA.....	77
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	77
REPATHA SURECLICK.....	77
RESTASIS.....	136
RETACRIT.....	66
RETEVMO.....	41
REVCOVI.....	98
REVUFORJ.....	41
REXULTI.....	51
REYATAZ.....	57
REZDIFFRA.....	115
REZLIDHIA.....	41
RHOPRESSA.....	139

RIBAVIRIN.....	53
ribavirin.....	53
RIDAURA.....	118
rifabutin.....	31
rifampin.....	31
rilpivirine hcl.....	54
riluzole.....	82
RIMANTADINE HCL.....	57
ringers.....	93
ringers irrigation.....	133
RINVOQ.....	118
RINVOQ LQ.....	118
risedronate sodium.....	125
risperidone.....	51
risperidone microspheres er.....	51
RITEFLO.....	133
ritonavir.....	57
rivaroxaban.....	65
rivastigmine.....	23
rivastigmine tartrate.....	23
rivelsa.....	111
rizatriptan benzoate.....	30
ROCKLATAN.....	136
roflumilast.....	143
ROMVIMZA.....	41
ropinirole hcl.....	47
ropinirole hcl er.....	47
rosadan.....	9
rosuvastatin calcium.....	77
rosyrah.....	111
ROTARIX.....	123
ROTATEQ.....	123
rowepra.....	18
ROZLYTREK.....	41,42
RUBRACA.....	42
rufinamide.....	22
RUKOBIA.....	55
RYBELSUS.....	61
RYDAPT.....	42

S

sacubitril-valsartan.....	74
sajazir.....	117
SALINE BACTERIOSTATIC.....	133
salsalate.....	2
SANDIMMUNE.....	121
SANTYL.....	88
sapropterin dihydrochloride.....	98
SCEMBLIX.....	42
scopolamine.....	27
SECUADO.....	51
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	133
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES.....	133
selegiline hcl.....	47
selenium sulfide.....	86
SELZENTRY.....	56
SEREVENT DISKUS.....	142
sertraline hcl.....	25
setlakin.....	111
sevelamer carbonate.....	94
sharobel.....	114
SHINGRIX.....	123
SIGNIFOR.....	116
sildenafil citrate.....	100,143
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	133
silodosin.....	100
silver sulfadiazine.....	88
SIMBRINZA.....	139
SIMLANDI (1 PEN).....	121
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	121
SIMLANDI (2 PEN).....	121
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	121
simliya.....	111
simpesse.....	111
simvastatin.....	77
sirolimus.....	121
SIRTURO.....	31
sitagliptin phos-metformin hcl.....	61
SKYRIZI.....	118
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	118

SKYRIZI PEN.....	118	sucralfate.....	97
SMOFLIPID.....	133	sulfacetamide sodium.....	137
sod citrate-citric acid.....	101	sulfacetamide sodium (acne).....	84
sodium chloride.....	93	SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR.....	88
SODIUM CHLORIDE.....	146	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	136
sodium chloride (pf).....	93	sulfadiazine.....	16
SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC.....	133	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	16
SODIUM CITRATE-CITRIC ACID.....	101	sulfasalazine.....	124
sodium fluoride.....	93	sulfatrim pediatric.....	16
sodium oxybate.....	147	sulindac.....	2
sodium phenylbutyrate.....	98	sumatriptan.....	30
sodium polystyrene sulfonate.....	94	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.....	89	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.....	100
STAVUDINE.....	55	tadalafil (pah).....	143
STELARA.....	118	TAFINLAR.....	42
sterile water for irrigation.....	133	tafluprost (pf).....	139
STIOLTO RESPIMAT.....	146	TAGRISSO.....	42
STIVARGA.....	42	TALZENNA.....	42
STREPTOMYCIN SULFATE.....	7	tamoxifen citrate.....	33
STRIBILD.....	53	tamsulosin hcl.....	100
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.....	147
subvenite starter kit-orange.....	18		

taysofy.....	111	timolol maleate.....	70,138
tazarotene.....	84	timolol maleate (once-daily).....	138
TAZICEF.....	12	timolol maleate ocudose.....	138
taztia xt.....	72	timolol maleate pf.....	138
TAZVERIK.....	42	tinidazole.....	9
TDVAX.....	123	tiotropium bromide.....	141
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	133	tis-u-sol.....	133
telmisartan.....	68	TIVICAY.....	53
telmisartan-amlodipine.....	75	TIVICAY PD.....	53
telmisartan-hctz.....	75	tizanidine hcl.....	52
temazepam.....	147	TOBRADEX.....	136
TENCON.....	82	tobramycin.....	137,142
TENIVAC.....	123	tobramycin sulfate.....	8
tenofovir disoproxil fumarate.....	55	tobramycin-dexamethasone.....	136
TEPMETKO.....	43	TOBREX.....	137
terazosin hcl.....	68	tofacitinib citrate.....	118
terbinafine hcl.....	29	tofacitinib citrate er.....	118
terbutaline sulfate.....	142	TOLAK.....	88
terconazole.....	29	tolterodine tartrate.....	99
teriflunomide.....	83	tolterodine tartrate er.....	99
teriparatide.....	125	tolvaptan.....	93
testosterone.....	103	topiramate.....	18,19
testosterone cypionate.....	104	topiramate er.....	19
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	104	toremifene citrate.....	33
tetrabenazine.....	82	toremide.....	75
tetracycline hcl.....	17	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	64
THALOMID.....	33	TOUJEO SOLOSTAR.....	64
THEO-24.....	143	TPN ELECTROLYTES.....	93
theophylline.....	143	TRADJENTA.....	61
theophylline er.....	143	tramadol hcl.....	6
thioridazine hcl.....	48	tramadol hcl er.....	3
thiothixene.....	48	tramadol-acetaminophen.....	6
THYROID.....	115	trandolapril.....	69
tiadylt er.....	72	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	75
tiagabine hcl.....	20	tranexamic acid.....	67
TIBSOVO.....	43	tranylcyproamine sulfate.....	24
ticagrelor.....	67	travoprost (bak free).....	139
TICOVAC.....	123	trazodone hcl.....	25
tigecycline.....	9	TRECTOR.....	31
tilia fe.....	111	TRELEGY ELLIPTA.....	146
timolol hemihydrate.....	138	TRESIBA.....	64

TRESIBA FLEXTOUCH.....	64	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES....	134
tretinoin.....	44,84	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..	134
TREXALL.....	121	TRULICITY.....	61
tri femynor.....	111	TRUMENBA.....	123
tri-estarylla.....	111	TRUQAP.....	43
tri-legest fe.....	112	TUKYSA.....	43
tri-linyah.....	112	tulana.....	114
tri-lo-estarylla.....	112	TURALIO.....	43
tri-lo-marzia.....	112	turqoz.....	112
tri-lo-mili.....	112	TWINRIX.....	123
tri-lo-sprintec.....	112	TYBOST.....	56
tri-mili.....	112	tydemy.....	112
tri-nymyo.....	112	TYENNE.....	118
tri-sprintec.....	112	TYMLOS.....	125
TRI-VITE/FLUORIDE.....	94	TYPHIM VI.....	123
tri-vylibra.....	112	U	
tri-vylibra lo.....	112	UDENYCA.....	66
triamcinolone acetonide.....	83,87	ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE...	134
triamterene.....	76	UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	134
triamterene-hctz.....	75	UNIFINE PENTIPS.....	134
triazolam.....	147	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	134
TRICITRATES.....	101	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..	134
triderm.....	87	unithroid.....	115
trientine hcl.....	93	UPTRAVI.....	143,144
TRIENTINE HCL.....	93	ursodiol.....	97
trifluoperazine hcl.....	48	USTEKINUMAB.....	118
TRIFLURIDINE.....	137	USTEKINUMAB-AEKN.....	118
trihexyphenidyl hcl.....	46	V	
TRIKAFTA.....	143	valacyclovir hcl.....	57
trimethobenzamide hcl.....	27	VALCHLOR.....	88
trimethoprim.....	9	valganciclovir hcl.....	52
trimipramine maleate.....	26	valproate sodium.....	19
TRINTELLIX.....	25	valproic acid.....	19
TRIUMEQ.....	55	valsartan.....	68
TRIUMEQ PD.....	55	valsartan-hydrochlorothiazide.....	75
trivora (28).....	112	VALTOCO 10 MG DOSE.....	20
TRIZIVIR.....	55	VALTOCO 15 MG DOSE.....	20
tropium chloride.....	99	VALTOCO 20 MG DOSE.....	20
tropium chloride er.....	99	VALTOCO 5 MG DOSE.....	20
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE....	133		
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	133		

valtya 1/35	112
VALTYA 1/50	112
vanadom	146
vancomycin hcl	9,10
VANDAZOLE	10
VANFLYTA	43
VAQTA	123
vardenafil hcl	101
varenicline tartrate	7
varenicline tartrate (starter)	7
varenicline tartrate(continue)	7
VARIVAX	123
VAXCHORA	123
VECAMYL	75
VELIVET	112
VENCLEXTA	43
VENCLEXTA STARTING PACK	43
venlafaxine hcl	25
venlafaxine hcl er	26
VEOZAH	82
verapamil hcl	72
VERAPAMIL HCL ER	72
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	134
VERIFINE INSULIN SYRINGE	134
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	134
VERQUVO	75
VERSACLOZ	52
VERZENIO	43
vestura	112
vienva	112
vigabatrin	20
vigadrone	20
VIGAFYDE	21
vigpoder	21
vilazodone hcl	26
VIMKUNYA	123
violele	112
VIRACEPT	57
VIREAD	55
vitamin d (ergocalciferol)	125
VITRAKVI	43

VIVOTIF	123
VIZIMPRO	43
volnea	112
VONJO	45
VORANIGO	43
voriconazole	29
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD	134
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER	134
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK	134
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER	134
VOSEVI	53
VOWST	135
VRAYLAR	51
vyfemla	112
vylibra	112
VYZULTA	139

W

warfarin sodium	65
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	135
WELIREG	34
wera	113
WINREVAIR	144
wixela inhub	146
wymzya fe	113
WYOST	125

X

XALKORI	43,44
xarah fe	113
XARELTO	65
XARELTO STARTER PACK	65
XATMEP	121
XCOPRI	19,22
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	22
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	22
XDEMVI	136
XELJANZ	118
XELJANZ XR	118
xelria fe	113

XERMELO.....	95	zolpidem tartrate.....	147
XIFAXAN.....	10	zolpidem tartrate er.....	147
XIGDUO XR.....	62	ZONISADE.....	22
XIIDRA.....	136	zonisamide.....	22
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	57	ZONTIVITY.....	65
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	57	zovia 1/35 (28).....	113
XOLAIR.....	118,119	ZTALMY.....	21
XOSPATA.....	44	zumandimine.....	113
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	44	ZURZUVAE.....	24
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	44	ZYDELIG.....	44
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	44	ZYKADIA.....	44
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.....	113		

Y

YESINTEK.....	119
YF-VAX.....	124
yuvafem.....	113

Z

zafemy.....	113
zafirlukast.....	141
zaleplon.....	147
ZARXIO.....	66
zebutal.....	82
ZEJULA.....	44
ZELBORAF.....	44
zenatane.....	84
ZENPEP.....	99
zenzedi.....	79,80
zidovudine.....	55
ziprasidone hcl.....	51
ziprasidone mesylate.....	51
ZIRGAN.....	137
zoledronic acid.....	125
ZOLINZA.....	34
zolmitriptan.....	30



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

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

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

ՀԱՅԵՐԵՆՆ

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

中文

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

हिंदी

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

Lus Hmoob

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

日本語

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

한국어

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

ລາວ

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

ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ 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 06/23/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (888) 239-6469 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 (888) 239-6469 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