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 10/20/2026 . 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 (10/26)
Y0118_25_386A2_C 08222025
10/20/2026

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

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

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

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

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

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

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

Por orden alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

Para ver un análisis sobre el tipo de medicamentos, consulte la sección 3.1 llamada “La ‘Lista de Medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos” del Capítulo 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, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.

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

¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 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 causaran efectos adversos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cómo obtener más información

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

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

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

Formulario del plan

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

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

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

LEYENDA

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methadone hcl (methadone hcl 5 mg/5ml solution, methadone hcl 5 mg/5ml solution)	1	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 40 mg tab sol	1	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
methadone hcl 5 mg tab	1	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl intensol 10 mg/ml conc	1	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadose 40 mg tab sol	1	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	1	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab	1	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab	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
tramadol hcl er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er)	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	1	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine (acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution)	1	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap	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
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	1	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
codeine sulfate (codeine sulfate 30 mg tab, codeine sulfate 30 mg tab)	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
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	1	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	1	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)	1	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (7.5-300 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-300 mg tab, 10-325 mg tab)	1	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetaminophen 5-300 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab)	1	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-ibuprofen (hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg tab, hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg tab)	1	QL (5 PER 1 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid	1	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	1	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	1	QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydromorphone hcl 4 mg tab	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	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
morphine sulfate (concentrate) (morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution)	1	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)	1	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)	1	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)	1	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	1	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (20 mg tab, 100 mg/5ml conc)	1	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	1	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	1	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	1	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	1	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	1	QL (60 PER 1 DAYS), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	1	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
oxymorphone hcl 10 mg tab	1	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxymorphone hcl 5 mg tab	1	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
pentazocine-naloxone hcl (pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab, pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab)	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
tramadol hcl 100 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	1	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	1	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
ANESTHETICS		
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5 % ointment	1	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	1	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	1	
LIDOCAINE HCL 4 % SOLUTION	2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	1	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	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		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	1	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	1	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)	1	
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)	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
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)	1	
naltrexone hcl 50 mg tab	1	
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h	1	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	2	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	1	QL (53 PER 30 OVER TIME)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIBACTERIALS		
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	1	
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	4	
neomycin sulfate 500 mg tab	1	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)	4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)	4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	2	
clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)	1	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	1	
clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml)	4	
clindamycin phosphate 2 % cream	1	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)	4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (IN 300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	4	
CLINDESSE 2 % CREAM	2	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	4	
daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)	5	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
linezolid (100 mg/5ml recon susp, 600 mg tab)	1	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	5	
methenamine hippurate 1 gm tab	1	
metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 250 mg tab, 375 mg cap, 500 mg tab)	1	
metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)	4	
nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)	1	
nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	1	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	1	
polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln	4	
rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)	1	
tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)	4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	1	
trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)	1	
vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)	1	
vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)	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
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)	4	
vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln	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	
cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap)	1	
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)	4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cefepime hcl (cefepime hcl 1 gm recon soln, cefepime hcl 1 gm/50ml solution, cefepime hcl 2 gm recon soln, cefepime hcl 2 gm/100ml solution)	4	
cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp, cefixime 400 mg cap)	1	
cefotetan disodium (cefotetan disodium 1 gm recon soln, cefotetan disodium 2 gm recon soln)	3	
cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	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	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	1	
ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)	5	
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	4	
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)	4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	1	
cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg 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
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)	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		
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)	1	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	1	
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)	1	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab 12h	1	
ampicillin 500 mg cap	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)	4	
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)	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	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	1	
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)	4	
penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)	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
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)	1	
pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)	4	
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)	4	
CARBAPENEMS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	1	
imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)	4	
meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)	4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	4	
MACROLIDES		
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)	1	
azithromycin 500 mg recon soln	4	
clarithromycin (clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp)	1	
clarithromycin er 500 mg tab 24h	1	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 mg tab)	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
ery-tab (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)	1	
erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)	4	
ERYTHROCIN STEARATE 250 MG TAB	2	
erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)	1	
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)	1	
erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)	1	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	4	
fidaxomicin 200 mg tab	5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	2	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	2	
ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%))	1	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	1	
ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)	4	
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	1	
levofloxacin (levofloxacin 25 mg/ml solution, levofloxacin 25 mg/ml solution)	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)	4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	1	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)	1	
SULFONAMIDES		
sulfadiazine 500 mg tab	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	4	
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	1	
TETRACYCLINES		
avidoxy 100 mg tab	1	
demeclocycline hcl (150 mg tab, 300 mg tab)	1	
doxy 100 mg recon soln	3	
doxycycline 40 mg cap dr	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)	1	
doxycycline hyclate (doxycycline hyclate 150 mg tab, doxycycline hyclate 50 mg tab dr, doxycycline hyclate 50 mg tab dr, doxycycline hyclate 75 mg tab dr, doxycycline hyclate 100 mg tab dr, doxycycline hyclate 150 mg tab dr, doxycycline hyclate 200 mg tab dr)	1	PA
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)	1	
minocycline hcl (50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)	1	
mondoxyne nl 100 mg cap	1	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	1	
ANTICONVULSANTS		
ANTICONVULSANTS, OTHER		
brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	1	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml solution	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
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	1	
divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (5 mg chew tab, 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit, 25 & 50 & 100 mg kit, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 42 x 50 mg & 14x100 mg kit, 50 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab, 200 mg tab, 200 mg tab disp)	1	
lamotrigine er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	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
lamotrigine er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
lamotrigine er (er 250 mg tab er, er 300 mg tab er)	1	
lamotrigine odt (odt 25 mg tab disp, odt 50 mg tab disp, odt 100 mg tab disp, odt 200 mg tab disp)	1	
lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg	1	
lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg	1	
lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	1	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)	1	
levetiracetam er 500 mg tab 24h	1	QL (6 PER 1 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab 24h	1	QL (4 PER 1 DAYS)
perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	1	QL (24 ML PER 1 DAYS)
perampanel 2 mg tab	1	QL (3 PER 1 DAYS)
roweepra 500 mg tab	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
subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	1	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	5	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg	1	
subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg	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
subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg	1	
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)	1	
topiramate 25 mg/ml solution	1	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate er (er 25 mg, er 50 mg, er 100 mg, er 150 mg, er 200 mg)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)	4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	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		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	1	
methsuximide 300 mg cap	1	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	1	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	1	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	1	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	1	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)	1	QL (72 PER 1 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	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
gabapentin 100 mg cap	1	QL (12 PER 1 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	1	QL (8 PER 1 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	1	QL (6 PER 1 DAYS)
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)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)	1	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 4 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 2 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)	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)
vigabatrin (500 mg packet, 500 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
vigadrone 500 mg packet	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigpoder 500 mg packet	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		
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)	1	
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)	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	
epitol 200 mg tab	1	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)	1	QL (40 PER 1 DAYS)
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab)	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
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	1	
phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)	1	
phenytoin infatabs infas 50 mg chew	1	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	1	
rufinamide 200 mg tab	1	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	1	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	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	
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	1	

ANTIDEMENTIA AGENTS

ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER

ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	1	
memantine hcl-donepezil hcl (14-10 mg cap er, 21-10 mg cap er, 28-10 mg cap er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10 mg cap er, er 28-10 mg cap er)	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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
donepezil hcl 23 mg tab	1	ST
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	1	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	1	
galantamine hydrobromide (galantamine hydrobromide 4 mg tab, galantamine hydrobromide 12 mg tab, galantamine hydrobromide 4 mg/ml solution, galantamine hydrobromide 8 mg tab)	1	
galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	1	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
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)	1	
memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)	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
bupropion hcl 100 mg tab	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
bupropion hcl 75 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab 12h	1	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h	1	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h	1	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h	1	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h	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
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)	1	
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)	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	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	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
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab, 20 mg/10ml solution, 40 mg tab)	1	
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h	1	QL (4 PER 1 DAYS)
escitalopram oxalate (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 20 mg tab)	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
fluoxetine hcl (10 mg cap, 10 mg tab, 20 mg cap, 20 mg tab, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)	1	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)	1	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	1	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	1	QL (3 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	1	QL (12 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)	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	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	1	QL (30 PER 1 DAYS)
paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 25 mg tab er, er 37.5 mg tab er)	1	
paroxetine mesylate 7.5 mg cap	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
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (20 mg/ml conc, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	1	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	1	
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er (er 75 mg cap er, er 75 mg tab er)	1	QL (3 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er 150 mg tab 24h	1	QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab 24h	1	QL (6 PER 1 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	1	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	1	
doxepin hcl (doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	1	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
nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	1	
protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

ANTIEMETICS, OTHER

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

EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS

aprepitant (80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap, 125 mg cap)	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
aprepitant 40 mg cap	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	1	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	1	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	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
ondansetron hcl 4 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	1	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	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
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	3	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	1	
CRESEMBA 186 MG CAP	5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
econazole nitrate 1 % cream	1	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	1	
fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)	4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	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
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	1	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	1	
GYNAZOLE-1 2 % CREAM	1	
itraconazole 10 mg/ml solution	1	PA
itraconazole 100 mg cap	1	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	1	
klayesta 100000 unit/gm powder	1	
LULICONAZOLE 1 % CREAM	1	ST
micafungin sodium (micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln, micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln)	4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	1	
naftifine hcl (naftifine hcl 2 % cream, naftifine hcl 1 % cream)	1	ST
nyamyc 100000 unit/gm powder	1	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	1	
nystop 100000 unit/gm powder	1	
oxiconazole nitrate 1 % cream	1	ST
posaconazole 100 mg tab dr	1	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
posaconazole 40 mg/ml suspension	1	PA
terbinafine hcl 250 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream, 80 mg suppos)	1	
voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)	1	PA
voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)	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
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	1	
colchicine (0.6 mg cap, 0.6 mg tab)	1	QL (4 PER 1 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	1	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	1	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
probenecid 500 mg tab	1	
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		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	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		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	1	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	1	QL (8 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
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	1	QL (8 PER 30 OVER TIME)
zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	1	QL (18 PER 30 OVER TIME)
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
PARASYMPATHOMIMETICS		
pyridostigmine bromide (pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution)	1	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab	1	
ANTIMYCOBACTERIALS		
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)	1	
rifabutin 150 mg cap	1	
ANTITUBERCULARS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	1	
isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)	1	
pyrazinamide 500 mg tab	1	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	1	
rifampin 600 mg recon soln	4	
rifapentine 150 mg tab	1	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
LEUKERAN 2 MG TAB	2	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap)	2	
MATULANE 50 MG CAP	2	LA
MELPHALAN 2 MG TAB	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	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	
nilutamide (nilutamide 150 mg tab, nilutamide 150 mg tab)	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	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		
fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)	5	
INLURIYO 200 MG TAB	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	3	
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	1	
toremifene citrate 60 mg tab	1	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	1	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TABLOID LOID 40 MG	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
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN	5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
hydroxyurea 500 mg cap	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	
leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)	4	
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	5	QL (21 PER 28 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		
anastrozole 1 mg tab	1	
exemestane 25 mg tab	1	
letrozole 2.5 mg tab	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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BOSULIF 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
BOSULIF 500 MG TAB	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	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
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	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
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)	5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)	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
gefitinib 250 mg tab	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
imatinib mesylate 100 mg tab	3	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
JIDEYTRO 100 MG TAB	5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	5	LA, QL (90 PER 30 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
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
lapatinib ditosylate 250 mg tab	5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	5	LA, QL (2 PER 1 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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MEKINIST 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
nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)	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
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
pazopanib hcl 200 mg tab	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RETEVMO 40 MG 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
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
sorafenib tosylate 200 mg tab	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
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	5	QL (7 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
sunitinib malate 25 mg cap	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
TAGRISSO (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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VENCLEXTA 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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XPOVIO (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		
bexarotene 1 % gel	5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	1	
TREATMENT ADJUNCTS		
mesna 400 mg tab	1	
VONJO 100 MG CAP	5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIPARASITICS		
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tab	3	
ivermectin 3 mg tab	1	
praziquantel 600 mg tab	1	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	1	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)	1	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	3	QL (240 PER 365 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	3	QL (720 PER 365 OVER TIME)
chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)	1	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	2	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab)	1	QL (4 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	1	QL (3 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	1	
nitazoxanide 500 mg tab	1	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	1	
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	3	PA - PART B VS D DETERMINATION
primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)	1	
pyrimethamine 25 mg tab	5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	1	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

ANTICHOLINERGICS

benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	1	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)	1	
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)	1	
entacapone 200 mg tab	1	QL (8 PER 1 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart	5	PA
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	1	
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)	1	
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)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	1	
ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab 24h	1	QL (2 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab 24h	1	QL (3 PER 1 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
carbidopa 25 mg tab	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
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)	1	
carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)	1	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	1	
ANTIPSYCHOTICS		
1ST GENERATION/TYPICAL		
chlorpromazine hcl (25 mg/ml, 50 mg/2ml)	4	
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)	1	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	4	
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)	1	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)	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
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	2	
loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	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)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	1	
thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	1	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	5	PA - PART B VS D DETERMINATION
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	1	QL (25 PER 1 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS)
asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A BYSNTI TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB THPK	5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B YSANTI 1 & 2 & 6 & 8 MG TATHPK	5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	5	QL (16 PER 365 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
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
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

Puede 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 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
lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 120 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	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
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)	1	
olanzapine 10 mg recon soln	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
paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)	1	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab 24h	1	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)	1	
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)	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
risperidone (risperidone 0.25 mg tab, risperidone 0.5 mg tab, risperidone 0.5 mg tab disp, risperidone 1 mg tab, risperidone 1 mg tab disp, risperidone 1 mg/ml solution, risperidone 2 mg tab, risperidone 2 mg tab disp, risperidone 3 mg tab, risperidone 3 mg tab disp, risperidone 4 mg tab disp, risperidone 0.25 mg tab disp, risperidone 4 mg tab)	1	
risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)	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
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	1	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	4	
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		
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)	1	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	1	
baclofen 15 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS)
baclofen 5 mg tab	1	QL (16 PER 1 DAYS)
dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	1	
tizanidine hcl (2 mg cap, 2 mg tab, 4 mg cap, 4 mg tab, 6 mg cap)	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)
valganciclovir hcl 450 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	1	QL (18 PER 1 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	2	QL (21 PER 1 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	2	
lamivudine 100 mg tab	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	
ribavirin (ribavirin 6 gm recon soln, ribavirin 6 gm recon soln)	5	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	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)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	3	QL (30 PER 30 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)
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)
efavirenz 600 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg	1	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg	1	QL (1 PER 1 DAYS)
etravirine 100 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
etravirine 200 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	2	QL (12 PER 1 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	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)
nevirapine er 400 mg tab 24h	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)
rilpivirine hcl 25 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	1	QL (30 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	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)
emtricitabine 200 mg cap	1	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	2	QL (24 PER 1 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)	1	QL (30 PER 1 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	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)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	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
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)
zidovudine 100 mg cap	1	QL (6 PER 1 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	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
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	3	QL (2 PER 1 DAYS)
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)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	1	QL (1 PER 1 DAYS)
darunavir 600 mg tab	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
darunavir 800 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	3	QL (1 PER 1 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	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)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	1	QL (10 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution	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)
REYATAZ 50 MG PACKET	2	QL (8 PER 1 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	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		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	1	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	1	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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		
acyclovir (200 mg cap, 200 mg/5ml suspension, 400 mg tab, 800 mg tab, 800 mg/20ml suspension)	1	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	1	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	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)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
ANXIOLYTICS		
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)	1	
meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)	1	
BENZODIAZEPINES		
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)	1	QL (4 PER 1 DAYS)
alprazolam (2 mg tab, 2 mg tab disp)	1	QL (5 PER 1 DAYS)
alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 3 mg tab er)	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
alprazolam er 2 mg tab 24h	1	QL (5 PER 1 DAYS)
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	1	QL (10 PER 1 DAYS)
alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 3 mg tab er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
alprazolam xr 2 mg tab er 24h	1	QL (5 PER 1 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp)	1	QL (40 PER 1 DAYS)
clonazepam (1 mg tab, 1 mg tab disp)	1	QL (20 PER 1 DAYS)
clonazepam (2 mg tab, 2 mg tab disp)	1	QL (10 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	1	QL (24 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	1	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	1	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam 10 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS)
diazepam 2 mg tab	1	QL (30 PER 1 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	1	QL (60 PER 1 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	1	QL (12 PER 1 DAYS)
lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)	1	QL (5 PER 1 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	1	QL (20 PER 1 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	1	QL (10 PER 1 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	1	QL (5 PER 1 DAYS)
oxazepam (10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap)	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	
lithium 8 meq/5ml solution	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	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)
metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)	1	
metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)	1	
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)	1	QL (3 PER 1 DAYS)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	2	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)	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)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	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
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (er 50-500 mg tab er, er 100-1000 mg tab er)	1	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab 24h	1	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	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)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	2	QL (2 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)
diazoxide 50 mg/ml suspension	1	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	2	QL (2 PER 2 OVER TIME)
glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg/ml recon soln)	2	QL (2 PER 2 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
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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INSULIN ASPART FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)	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)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)	4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	5	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	5	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	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
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)	1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	2	QL (20 ML PER 1 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	2	QL (2 PER 1 DAYS)
warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	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		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	1	
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
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
eltrombopag olamine 75 mg tab	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
HEMOSTASIS AGENTS		
MEPHYTON 5 MG TAB	2	QL (5 PER 7 OVER TIME), EDC
phytonadione 5 mg tab	1	QL (5 PER 7 OVER TIME), EDC
tranexamic acid 650 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h	1	
cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)	1	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	1	
prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	1	QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CARDIOVASCULAR AGENTS		
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	1	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	1	
droxidopa 100 mg cap	3	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	1	
METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)	1	
midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	1	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	1	
terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	1	
irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	1	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	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
valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)	1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
enalapril maleate 1 mg/ml solution	1	QL (40 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	1	
moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)	1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	1	
quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)	1	
digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
digox 125 mcg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin 62.5 mcg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	1	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	1	
pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
propranolol hcl (propranolol hcl 40 mg/5ml solution, propranolol hcl 10 mg tab, propranolol hcl 20 mg tab, propranolol hcl 20 mg/5ml solution, propranolol hcl 40 mg tab, propranolol hcl 60 mg tab, propranolol hcl 80 mg tab)	1	
propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)	1	
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)	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	
felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	1	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	1	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	1	
nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)	1	
nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	1	
nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
nimodipine 30 mg cap	1	
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)	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)	1	
dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	1	
diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)	1	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	1	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	1	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	1	
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	1	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	1	
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)	1	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h	1	
matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)	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
taztia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er, 360 mg cap er)	1	
tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)	1	
verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	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		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	1	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	1	
amiloride-hydrochlorothiazide (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab)	1	
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)	1	
amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)	1	
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)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)	1	
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)	1	
atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)	1	
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	1	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	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)
enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)	1	
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	2	QL (8 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	1	
isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS)
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	1	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	1	
losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	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
metyrosine 250 mg cap	5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	1	
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)	1	
pentoxifylline er 400 mg tab	1	
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)	1	
ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	2	QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	1	
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)	1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	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	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	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		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	1	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	4	
furosemide (furosemide 10 mg/ml solution, furosemide 10 mg/ml solution)	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	
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	1	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tab	1	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	1	
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)	1	ST
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	1	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	1	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	1	
metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	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
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
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)	1	
fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)	1	
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)	1	
gemfibrozil 600 mg tab	1	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	1	
fluvastatin sodium er 80 mg tab 24h	1	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	1	
simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	1	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	1	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	1	
colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ezetimibe 10 mg tab	1	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	1	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	1	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	1	
niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	1	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	1	QL (4 PER 1 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	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
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)	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		
hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)	1	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	1	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	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
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)	1	
nitro-bid 2 % ointment	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	
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)	1	
nitroglycerin 0.4 % ointment	1	QL (30 PER 30 DAYS)

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES

amphetamine sulfate 10 mg tab	1	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
amphetamine sulfate 5 mg tab	1	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)	1	QL (4 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	1	QL (5 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	1	QL (3 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)	1	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	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
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 5 mg/5ml solution	1	QL (60 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap 24h	1	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap 24h	1	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h	1	QL (12 PER 1 DAYS)
lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
procentra 5 mg/5ml solution	1	QL (60 PER 1 DAYS)
zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)	1	QL (6 PER 1 DAYS)
zenzedi 15 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS)
zenzedi 20 mg tab	1	QL (3 PER 1 DAYS)
zenzedi 30 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	1	QL (4 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	1	QL (2 PER 1 DAYS)
clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h	1	
dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
dexmethylphenidate hcl er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er, er 35 mg cap er, er 40 mg cap er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)	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
methylphenidate hcl (10 mg chew tab, 10 mg tab)	1	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 20 mg tab)	1	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution	1	QL (30 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	1	QL (12 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution	1	QL (60 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (cd) (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 50 mg cap er, er 60 mg cap er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap	1	QL (2 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (la) (er 20 mg cap er, er 30 mg cap er, er 40 mg cap er, er 60 mg cap er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap 24h	1	QL (6 PER 1 DAYS)
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)
methylphenidate hcl er (osm) (er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 54 mg tab er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (osm) 36 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab	1	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab	1	QL (3 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methylphenidate hcl er(diffus) (methylphenidate hcl er(diffus) 27 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 27 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 54 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 54 mg tab er)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er(diffus) (methylphenidate hcl er(diffus) 36 mg tab er, methylphenidate hcl er(diffus) 36 mg tab er)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, 50-325 mg tab)	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
dextromethorphan-quinidine 20-10 mg cap	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
esgic 50-325-40 mg cap	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	1	
TENCON 50-325 MG TAB	1	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
tetrabenazine 12.5 mg tab	3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
zebutal 50-325-40 mg cap	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP	3	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
duloxetine hcl (40 mg dr, 60 mg dr)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	1	QL (4 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	1	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)	1	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	1	QL (30 PER 1 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab 12h	2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate 120 mg cap dr	3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate 240 mg cap dr	5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)	3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DENTAL AND ORAL AGENTS		
cevimeline hcl 30 mg cap	1	
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	1	
kourzeq 0.1 % paste	1	
oralone 0.1 % paste	1	
periogard 0.12 % solution	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
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	1	

DERMATOLOGICAL AGENTS

ACNE AND ROSACEA AGENTS

accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	1	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	1	
adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)	1	PA
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	1	
azelaic acid 15 % gel	1	QL (50 PER 30 DAYS)
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	1	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	1	
clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-5 % gel)	1	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap)	1	
myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	1	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	1	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	1	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream)	1	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	1	

DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS

ala-cort 1 % cream	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)	1	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	1	
ANUCORT-HC 25 MG SUPPOS	1	EDC
ANUSOL-HC 25 MG SUPPOS	1	EDC
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	1	
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)	1	
betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.1 % lotion)	1	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	1	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)	1	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	1	QL (250 PER 30 DAYS)
clodan 0.05 % shampoo	1	
desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	1	
desoximetasone (0.05 % cream, 0.25 % cream, 0.25 % ointment)	1	
DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EUCRISA 2 % OINTMENT	3	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	1	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	1	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	1	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	1	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	1	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	1	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	1	QL (200 PER 28 DAYS)
HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOS	1	EDC
hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)	1	
hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)	1	
hydrocortisone acetate (hydrocortisone acetate 25 mg suppos, hydrocortisone acetate 25 mg suppos)	1	EDC
HYDROCORTISONE BUTYRATE (HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % OINTMENT, HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % SOLUTION, HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % OINTMENT)	1	
hydrocortisone valerate (0.2 % cream, 0.2 % ointment)	1	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	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
pimecrolimus 1 % cream	1	QL (100 PER 30 DAYS)
procto-med hc 2.5 % cream	1	
proctosol hc 2.5 % cream	1	
proctozone-hc 2.5 % cream	1	
selenium sulfide (selenium sulfide 2.5 % lotion, selenium sulfide 2.5 % lotion)	1	
tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)	1	QL (100 PER 30 DAYS)
triamcinolone acetonide (triamcinolone acetonide 0.025 % cream, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % ointment, triamcinolone acetonide 0.1 % cream, triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, triamcinolone acetonide 0.1 % ointment, triamcinolone acetonide 0.5 % cream, triamcinolone acetonide 0.5 % ointment, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion)	1	
triderm 0.5 % cream	1	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
alcohol wipes 70 % misc	1	
ANALPRAM HC 2.5-1 % LOTION	2	
ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION	2	
AVAR-E EMOLLIENT 10-5 % CREAM	1	EDC
avar-e green 10-5 % cream	1	EDC
calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution)	1	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment	1	PA, QL (400 PER 30 OVER TIME)
calcitrene 0.005 % ointment	1	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	1	QL (800 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
clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)	1	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	1	
EPIFOAM 1	2	
fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)	1	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	1	
imiquimod 5 % cream	1	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	1	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	1	
medpura alcohol pads 70 % misc	1	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	1	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	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)
podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)	1	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	2	
PROCTOFOAM HC PROCTO1	2	
qc alcohol 70 % misc	1	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	1	
REGRANEX 0.01 % GEL	2	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	2	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	1	
ssd 1 % cream	1	
SSS 10-5 (10-5 10-5 % CREAM, 10-5 10-5 % FOAM)	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
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
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
malathion 0.5 % lotion	1	
permethrin 5 % cream	1	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	1	QL (240 PER 30 DAYS)
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % cream	1	PA, QL (5 PER 30 DAYS)
acyclovir 5 % ointment	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	1	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution)	1	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	1	
clindacin 1 % foam	1	
clindacin etz 1 % swab	1	
clindacin-p 1 % swab	1	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	1	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	1	
clindamycin phosphate (1 % foam, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	1	
dapsone (5 % gel, 7.5 % gel)	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ERY 2 % PAD	1	
erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % solution)	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
mafenide acetate (mafenide acetate 5 % packet, mafenide acetate 5 % packet)	1	
mupirocin 2 % ointment	1	
penciclovir 1 % cream	1	PA, QL (5 PER 30 DAYS)

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT

dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 10 % solution)	4	
dextrose in lactated ringers in 5 % solution	4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	4	
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)	4	
EFFER-K 25 MEQ TAB	1	EDC
k-prime 25 meq effer tab	1	EDC

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	4	
klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 20 meq packet, klor-con 8 meq tab er)	1	
klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)	1	
klor-con m10 meq tab er	1	
klor-con m15 meq tab er	1	
klor-con m20 meq tab er	1	
klor-con/ef 25 meq effer tab	1	EDC
lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)	4	
magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)	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
nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab	1	

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
potassium chloride (10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)	1	
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)	4	
potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)	1	
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)	1	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	4	
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)	4	
potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)	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
prenatal vitamins	2	
QUFLORA PEDIATRIC (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	1	EDC
ringers solution	4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	4	
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)	4	
SODIUM FLUORIDE (0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG/ML SOLUTION, 2.2 (1 F) MG CHEW TAB)	1	
TPN ELECTROLYTES CONC	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
CHEMET 100 MG CAP	2	
deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)	5	
deferasirox 125 mg tab sol	2	
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)	5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
sevelamer carbonate 800 mg tab	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
POTASSIUM BINDERS		
kionex 15 gm/60ml suspension	1	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	2	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	1	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	1	
VITAMINS		
cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution	1	EDC
dodex 1000 mcg/ml solution	1	EDC
folic acid 1 mg tab	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		
constulose 10 gm/15ml solution	1	
enulose 10 gm/15ml solution	1	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	1	
generlac 10 gm/15ml solution	1	
lactulose (10 gm/15ml, 20 gm/30ml)	1	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	1	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	2	QL (1 PER 1 DAYS)
lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)	1	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	2	QL (1 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	1	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	1	
peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln	1	
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln	1	
PEG-PREP 5-210 MG-GM KIT	1	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	3	PA
diphenoxylate-atropine (diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab, diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg/5ml liquid)	1	
loperamide hcl 2 mg cap	1	
XERMELO 250 MG TAB	5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
chlordiazepoxide-clidinium (chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap, chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap)	1	QL (8 PER 1 DAYS)
dicyclomine hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab)	1	PA
ed-spaz 0.125 mg tab disp	1	EDC
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	1	
glycopyrrolate 1 mg/5ml solution	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
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)	1	EDC
hyoscyamine sulfate er (hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h, hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h)	1	EDC
HYOSCYAMINE SULFATE SL 0.125 MG TAB	1	EDC
HYOSYNE (0.125 MG/5ML ELIXIR, 0.125 MG/ML SOLUTION)	1	EDC
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	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
phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg tab	1	EDC
phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg/5ml elixir	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		
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	1	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	1	
gavilyte-g 236 gm recon soln	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	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
betaine powder	5	
carglumic acid 200 mg tab sol	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
l-glutamine 5 gm packet	5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)	1	
levocarnitine sf 1 gm/10ml solution	1	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	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		
darifenacin hydrobromide er 15 mg tab 24h	1	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
darifenacin hydrobromide er 7.5 mg tab 24h	1	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)	1	
flavoxate hcl 100 mg tab	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)
oxybutynin chloride (5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	1	
oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)	1	
solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	1	ST
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)	1	ST
trospium chloride 20 mg tab	1	
trospium chloride er 60 mg cap 24h	1	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h	1	
dutasteride 0.5 mg cap	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
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	1	QL (1 PER 1 DAYS)
finasteride 5 mg tab	1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
tadalafil (10 mg tab, 20 mg tab)	1	QL (8 PER 30 DAYS), EDC
tadalafil 2.5 mg tab	1	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	1	
CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACET	1	EDC
ELMIRON 100 MG CAP	2	
penicillamine 250 mg tab	5	PA
phenazo 200 mg tab	1	EDC
phenazopyridine hcl (phenazopyridine hcl 200 mg tab, phenazopyridine hcl 100 mg tab, phenazopyridine hcl 200 mg tab, phenazopyridine hcl 100 mg tab)	1	EDC
PHOSPHO-TRIN K500 KMG TAB	1	EDC
pot & sod cit-cit ac (pot sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution, pot sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution)	1	EDC
potassium citrate-citric acid (potassium citrate-citric acid 1100-334 mg/5ml solution, potassium citrate-citric acid 1100-334 mg/5ml solution)	1	EDC
sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	QL (8 PER 30 DAYS), EDC
SOD CITRATE-CITRIC ACID (1500-1002 MG/15ML SOLUTION, 3000-2004 MG/30ML SOLUTION)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sod citrate-citric acid (sod citrate-citric acid 1.5-1 gm/15ml solution, sod citrate-citric acid 500-334 mg/5ml solution, sod citrate-citric acid 1.5-1 gm/15ml solution, sod citrate-citric acid 3-2 gm/30ml solution, sod citrate-citric acid 500-334 mg/5ml solution, sod citrate-citric acid 3-2 gm/30ml solution)	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
vardenafil hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 20 mg tab)	1	PA, QL (8 PER 30 DAYS), EDC

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	1	
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)	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML CONC	1	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	1	
MEDROL 2 MG TAB	2	
methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	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
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)	4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	1	
prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)	1	
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)	1	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	1	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	4	
desmopressin acetate spray (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, desmopressin acetate spray 0.01 % solution)	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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	1	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	1	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	1	
charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg() chew tab	1	
chateal 0.15-30 mg-mcg tab	1	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	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
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	1	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	1	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	1	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	1	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	1	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	1	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	1	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	1	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	4	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	1	
dolishale 90-20 mcg tab	1	
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)	1	QL (16 PER 28 DAYS)
drospiren-eth estrad-levomefol (3-0.02-0.451 mg tab, 3-0.03-0.451 mg tab)	1	
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	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
EEMT 1.25-2.5 MG TAB	1	EDC
EEMT HS 0.625-1.25 MG TAB	1	EDC
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	1	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	1	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr	1	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	1	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	1	
est estrogens-methyltest (est estrogens-methyltest 1.25-2.5 mg tab, est estrogens-methyltest 1.25-2.5 mg tab)	1	EDC
est estrogens-methyltest ds (est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab, est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab)	1	EDC
est estrogens-methyltest hs (est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab, est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab)	1	EDC
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	1	
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)	1	
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)	1	QL (16 PER 28 DAYS)
estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)	1	QL (8 PER 28 DAYS)
estradiol valerate (10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml)	1	
estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)	1	
estratest f.s. 1.25-2.5 mg tab	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
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)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	1	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	1	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	1	
fayosim 42-21-21-7 days tab	1	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
femynor 0.25-35 mg-mcg tab	1	
finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab	1	
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	1	
galbriela 0.8-25 mg-mcg chew tab	1	
gemmily 1-20 mg-mcg(24) cap	1	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	1	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	1	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	1	
introvale 0.15-0.03 mg tab	1	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	1	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	1	
jasmiel 3-0.02 mg tab	1	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	1	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	1	
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	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
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	1	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab	1	
kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab	1	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	1	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	1	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	1	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	1	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	1	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
larin 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	1	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
larissia 0.1-20 mg-mcg tab	1	
layolis fe 0.8-25 mg-mcg chew tab	1	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	1	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	1	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	1	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	1	
levonorgest-eth est & eth est 42-21-21-7 days tab	1	
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)	1	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab, 90-20 mcg tab)	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
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	1	
lillow 0.15-30 mg-mcg tab	1	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	1	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	1	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	1	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	1	
loryna 3-0.02 mg tab	1	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	1	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	1	
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)	1	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	1	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	3	
merzee 1-20 mg-mcg(24) cap	1	
mibelas 24 fe 1-20 mg-mcg() chew tab	1	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab	1	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	1	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	1	
mimvey 1-0.5 mg tab	1	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	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
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	1	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	1	
nikki 3-0.02 mg tab	1	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	1	
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)	1	
norethin-eth estradiol-fe (0.4-35 chew tab, 0.8-25 chew tab)	1	
norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	1	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)	1	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	1	
norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)	1	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	1	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	1	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	1	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	1	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	1	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	1	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	1	
nymyo 0.25-35 mg-mcg tab	1	
ocella 3-0.03 mg tab	1	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	1	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	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
pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab	1	
pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	1	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	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	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	1	
rivelsa 42-21-21-7 days tab	1	
rosyrah 42-21-21-7 days tab	1	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	1	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	1	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	1	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	1	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	1	
syeda 3-0.03 mg tab	1	
tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab	1	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	1	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	1	
taysofy 1-20 mg-mcg(24) cap	1	
tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	1	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	1	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	1	
tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	1	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	1	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	1	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	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
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	1	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	1	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	1	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	1	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	1	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	1	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	1	
tydemy 3-0.03-0.451 mg tab	1	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	1	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	1	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	1	
vestura 3-0.02 mg tab	1	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	1	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	1	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	1	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	1	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	1	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	1	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	1	
xarah fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	1	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	1	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	1	
yuvafem 10 mcg tab	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
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	1	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	1	
zumandimine 3-0.03 mg tab	1	
PROGESTINS		
camila 0.35 mg tab	1	
deblitane 0.35 mg tab	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	2	
emzahh 0.35 mg tab	1	
errin 0.35 mg tab	1	
gallifrey 5 mg tab	1	
heather 0.35 mg tab	1	
incassia 0.35 mg tab	1	
jencycla 0.35 mg tab	1	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	2	
lyleq 0.35 mg tab	1	
lyza 0.35 mg tab	1	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	1	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
megestrol acetate (megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension)	1	PA
meleya 0.35 mg tab	1	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	2	
nora-be 0.35 mg tab	1	
norethindrone 0.35 mg tab	1	
norethindrone acetate 5 mg tab	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
norlyda 0.35 mg tab	1	
norlyroc 0.35 mg tab	1	
orquidea 0.35 mg tab	1	
progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)	1	
sharobel 0.35 mg tab	1	
tulana 0.35 mg tab	1	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	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
AMERITHROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB, 240 MG TAB, 300 MG TAB)	2	
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
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)	1	
EVEXITHROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB)	2	
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)	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
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)	1	
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)	2	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	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
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)	2	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

cabergoline 0.5 mg tab	1	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	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	
mifepristone 300 mg tab	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
octreotide acetate (octreotide acetate 50 mcg/ml solution, octreotide acetate 100 mcg/ml solution, octreotide acetate 200 mcg/ml solution, octreotide acetate 500 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution, octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsyr, octreotide acetate 100 mcg/ml soln prsyr)	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

methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)	1	
propylthiouracil 50 mg tab	1	

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ANGIOEDEMA AGENTS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	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 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	5	PA, QL (2.22 ML PER 365 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)
tofacitinib citrate (5 mg tab, 10 mg tab)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate 1 mg/ml solution	5	PA, QL (300 ML PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate er (er 11 mg tab er, er 22 mg tab er)	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)
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)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	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		
azasan (75 mg tab, 100 mg tab)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine 50 mg/ml solution	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	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)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	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
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	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)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	1	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	1	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil 500 mg recon soln	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	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
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)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	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	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	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
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	
IPOL 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	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	2	
PENMENVY RECONSUSP	2	
PENTACEL RECONSUSP	2	
PRIORIX RECONSUSP	2	VAC
PROQUAD RECONSUSP	2	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	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
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	
YF-VAX RECONSUSP	4	VAC

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
AMINOSALICYLATES		
balsalazide disodium 750 mg cap	1	
DIPENTUM 250 MG CAP	3	PA
mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)	1	
mesalamine (mesalamine 400 mg cap dr, mesalamine 400 mg cap dr, mesalamine 800 mg tab dr)	1	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
mesalamine 1.2 gm tab dr	1	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine er 0.375 gm cap 24h	1	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine er 500 mg cap	1	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	1	
GLUCOCORTICOIDS		
budesonide 3 mg cp dr part	1	QL (3 PER 1 DAYS)
budesonide er 9 mg tab 24h	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 %	2	
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema)	1	
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
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)	1	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	1	QL (3.7 PER 30 DAYS)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap, 1 mcg/ml solution)	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
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol (doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap, doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap	1	EDC
ibandronate sodium 150 mg tab	1	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
paricalcitol (2 mcg/ml, 5 mcg/ml)	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab, 35 mg tab, 35 mg tab dr, 150 mg tab)	1	
teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)	5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
vitamin d (ergocalciferol) (1.25 mg (50000 ut) cap, 50000 unit cap)	1	EDC
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
zoledronic acid (zoledronic acid 4 mg/100ml solution, zoledronic acid 4 mg/5ml conc, zoledronic acid 5 mg/100ml solution)	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 PADS S 70 %	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	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 8 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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT DEVICE	2	EDC
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 COMFORT EZ PLUS 32GX4MMMISC	2	
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 34GX3.5MMMISC	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 SYR ULTRAFINE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	2	EDC
FLEXICHAMBER DEVICE	2	EDC
gauze pads 2	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
lactated ringers solution	1	
methergine 0.2 mg tab	1	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	1	
MICROCHAMBER (DEVICE, MISC)	2	EDC
MICROSPACER MISC	2	EDC
NOVOFINE 32G X 6 MM 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
NUTRILIPID 20 % EMULSION	4	PA - PART B VS D DETERMINATION
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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PURE COMFORT SPACER CHAMBER DEVICE	2	EDC
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 4 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC, PEN 33G 8 MM MISC)	2	
ringers irrigation (ringers irrigation solution, ringers irrigation solution)	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
sterile water for irrigation (sterile water for irrigation solution, sterile water for irrigation solution)	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	2	
tis-u-sol solution	1	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	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 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	
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	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	2	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX4MMMISC	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	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 34G 3.5 MM MISC)	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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML 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
VOWST CAP	5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	1	

OPHTHALMIC AGENTS

OPHTHALMIC AGENTS, OTHER

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dorzolamide hcl-timolol mal (dorzolamide hcl-timolol mal 2-0.5 % solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution)	1	
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	1	
HOMATROPAIRE 5 % SOLUTION	1	EDC
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	1	
neo-polycin 3.5-400-10000ointment	1	
neo-polycin hc 1 % ointment	1	
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)	1	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025SOLUTION	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1SUSPENSION	1	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	1	
proparacaine hcl 0.5 % solution	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	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	1	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZIRGAN 0.15 % GEL	3	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution	1	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	1	
diclofenac sodium 0.1 % solution	1	
difluprednate 0.05 % emulsion	1	
fluorometholone 0.1 % suspension	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)
ketorolac tromethamine (ketorolac tromethamine 0.4 % solution, ketorolac tromethamine 0.5 % solution)	1	
loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % gel, 0.5 % suspension)	1	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	3	
prednisolone acetate 1 % suspension	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	1	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)	1	
BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION	2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	1	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	1	
timolol hemihydrate 0.5 % solution	1	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.25 % solution, 0.5 % gel f soln, 0.5 % solution)	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
timolol maleate (once-daily) 0.5 % solution	1	
timolol maleate ocudose 0.5 % solution	1	
timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)	1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide er 500 mg cap 12h	1	
apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)	1	
brimonidine tartrate (0.1 %, 0.15 %, 0.2 %)	1	
brinzolamide 1 % suspension	1	
dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)	1	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	1	
pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)	1	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	2	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	2	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
bimatoprost 0.03 % solution	1	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)	1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	2	QL (5 ML PER 30 DAYS)
tafluprost (pf) 0.0015 % solution	1	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
travoprost (bak free) 0.004 % solution	1	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	3	
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	1	
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	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
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	1	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	1	QL (2 PER 1 DAYS)
ciprofloxacin-hydrocortisone 0.2-1 % suspension	3	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	2	
DERMOTIC 0.01 % OIL	2	
flac 0.01 % oil	1	
fluocinolone acetonide 0.01 % oil	1	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	1	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	1	
ofloxacin 0.3 % solution	1	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS

ARNUITY 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)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	2	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide 18 mcg cap	2	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	1	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	1	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	1	QL (36 PER 30 DAYS)
albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)	1	
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)	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	1	QL (36 PER 30 DAYS)
arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
epinephrine (epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.15ml soln a-inj, epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln a-inj)	1	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	1	QL (24 PER 365 OVER TIME)
formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)	1	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	1	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (60 PER 30 DAYS)
terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	1	
terbutaline sulfate 1 mg/ml solution	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
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
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		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
caffeine citrate 60 mg/3ml solution	1	
elixophyllin 80 mg/15ml elixir	1	
roflumilast 250 mcg tab	1	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	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	
theophylline (80 mg/15ml elixir, 80 mg/15ml solution)	1	
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)	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
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)
alyq 20 mg tab	3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)	5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)	5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
macitentan 10 mg tab	5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	1	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	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)
UPTRAVI 100 MCG TAB	5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
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		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine (10 %, 20 %)	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	2	QL (60 PER 30 DAYS)
azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension	1	QL (23 PER 30 DAYS)
benzonatate (benzonatate 100 mg cap, benzonatate 150 mg cap, benzonatate 150 mg cap, benzonatate 200 mg cap)	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)
breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	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)
bromfed dm 2-30-10 mg/5ml syrup	1	EDC
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	2	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	2	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	1	QL (50 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	1	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	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)
g tussin ac 100-10 m/5ml solution	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
guaiatussin ac 100-10 mg/5ml syrup	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml)	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydrocod poli-chlorphe poli er (hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp, hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp)	1	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab	1	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution	1	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydromet 5-1.5 mg/5ml solution	1	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	1	PA - PART B VS D DETERMINATION
maxi-tuss ac 100-10 mg/5ml solution	1	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
mometasone furoate 50 mcg/act suspension	1	QL (34 PER 30 DAYS)
NEBUSAL 3 % SOLN	1	EDC
PROMETHAZINE VC 6.25-5 MG/5ML SYRUP	1	PA
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	1	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)	1	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml syrup	1	PA, EDC
promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup	1	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
promethazine-phenylephrine (promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup, promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup)	1	PA
pseudoeph-bromphen-dm 30-2-10 mg/5ml syrup	1	EDC
PULMOSAL 7 % NEBU SOLN	1	EDC
SODIUM CHLORIDE (3 % NEBU SOLN, 7 % NEBU SOLN, 10 % NEBU SOLN)	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
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)
wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
carisoprodol 350 mg tab	1	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	1	PA
metaxalone (400 mg tab, 800 mg tab)	1	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	1	PA
vanadom 350 mg tab	1	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
SLEEP DISORDER AGENTS		
SLEEP PROMOTING AGENTS		
estazolam (1 mg tab, 2 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
FLURAZEPAM HCL (15 MG CAP, 30 MG CAP)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
temazepam (22.5 mg cap, 30 mg cap)	1	QL (1 PER 1 DAYS)
temazepam 15 mg cap	1	QL (2 PER 1 DAYS)
temazepam 7.5 mg cap	1	QL (4 PER 1 DAYS)
triazolam 0.125 mg tab	1	QL (4 PER 1 DAYS)
triazolam 0.25 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon 10 mg cap	1	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	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
zolpidem tartrate 10 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate er 12.5 mg tab	1	QL (1 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate er 6.25 mg tab	1	QL (2 PER 1 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)	1	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
modafinil 100 mg tab	1	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
modafinil 200 mg tab	1	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)	5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate 55
abacavir sulfate-lamivudine 55
ABELCET 28
abigale 104
abigale lo 104
ABILIFY MAINTENA 49
abiraterone acetate 32
abirtega 32
ABRYSVO 121
acamprosate calcium 6
acarbose 60
accutane 84
acebutolol hcl 70
acetaminophen-codeine 3
acetazolamide 73
acetazolamide er 139
acetic acid 139
acetylcysteine 144
acitretin 84
ACTHIB 121
ACTIMMUNE 119
acyclovir 58,89
acyclovir sodium 58
ADACEL 121
adapalene 84
adefovir dipivoxil 53
ADEMPAS 144
ADTHYZA 114
ADVAIR HFA 144
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 126
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER . . 126
AEROCHAMBER MINI CHAMBER 126
AEROCHAMBER MV 126
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE . . 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL . . 126
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK 126
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU 126
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE . . 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM 126
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL . . 126
AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC 126
AEROVENT PLUS 127
afirmelle 104
AIMOVIG 30
ak-poly-bac 135
AKEEGA 34
ala-cort 84
albendazole 45
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair) 142
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil) 142
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin) 142
albuterol sulfate 142
albuterol sulfate hfa 142
alclometasone dipropionate 85
ALCOHOL 70% PADS 127
ALCOHOL PADS 127
ALCOHOL PREP 127
ALCOHOL PREP PADS 127
ALCOHOL SWABS 127
ALCOHOL SWABSTICK 127
alcohol wipes 87
ALDURAZYME 98
ALECENSA 35
alendronate sodium 124
alfuzosin hcl er 99
aliskiren fumarate 73
allopurinol 30
alosetron hcl 95

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

atorvastatin calcium . . . 77
atovaquone . . . 45
atovaquone-proguanil hcl . . . 45
atropine sulfate . . . 135
ATROVENT HFA . . . 141
aubra . . . 104
aubra eq . . . 104
AUGMENTIN . . . 13
AUGTYRO . . . 34
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 127
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 127
AUM PEN NEEDLE . . . 127
AURANOFIN . . . 117
aurovela 1.5/30 . . . 104
aurovela 1/20 . . . 104
aurovela 24 fe . . . 104
aurovela fe 1.5/30 . . . 104
aurovela fe 1/20 . . . 104
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 127
AUVELITY . . . 23
AUVELITY TITRATION PACK . . . 23
AVAR-E EMOLLIENT . . . 87
avar-e green . . . 87
aviane . . . 104
avidoxy . . . 16
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 35
ayuna . . . 104
AYVAKIT . . . 35
azasan . . . 119
azathioprine . . . 119
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 119
azelaic acid . . . 84
azelastine hcl . . . 137,141
azelastine-fluticasone . . . 145
azithromycin . . . 14
aztreonam . . . 8
azurette . . . 104

B

bac (butalbital-acetamin-caff) . . . 82
bacitra-neomycin-polymyxin-hc . . . 135
BACITRACIN . . . 137
BACITRACIN-POLYMYXIN B . . . 135
baclofen . . . 53
balsalazide disodium . . . 124
BALVERSA . . . 35
balziva . . . 104
BAQSIMI ONE PACK . . . 62
BAQSIMI TWO PACK . . . 62
BARACLUDE . . . 53
BCG VACCINE . . . 121
BD INSULIN SYRINGE . . . 127
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC . . . 127
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC . . . 127
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC . . . 127
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC . . . 127
benazepril hcl . . . 69
benazepril-hydrochlorothiazide . . . 74
BENLYSTA . . . 117
BENZNIDAZOLE . . . 45,46
benzonatate . . . 145
benzoyl peroxide-erythromycin . . . 84
benztropine mesylate . . . 46,47
bepotastine besilate . . . 137
BESIVANCE . . . 15
BESREMI . . . 119
BESREMI PEN . . . 34
betaine . . . 98
betamethasone dipropionate . . . 85
betamethasone dipropionate aug . . . 85
betamethasone valerate . . . 85
BETASERON . . . 83
betaxolol hcl . . . 70,138
bethanechol chloride . . . 100
BETOPTIC-S . . . 138
bexarotene . . . 45
BEXSERO . . . 121
bicalutamide . . . 32

BICILLIN C-R . . . 13
BICILLIN C-R 900/300 . . . 13
BICILLIN L-A . . . 13
BIKTARVY . . . 54
BILDYOS . . . 124
BILPREVDA . . . 124
bimatoprost . . . 139
bisoprolol fumarate . . . 70
bisoprolol-hydrochlorothiazide . . . 74
BIXLENVO . . . 54
blisovi 24 fe . . . 104
blisovi fe 1.5/30 . . . 104
blisovi fe 1/20 . . . 105
BOOSTRIX . . . 121
bosentan . . . 144
BOSULIF . . . 36
bosutinib . . . 36
BRAFTOVI . . . 36
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT 128
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD . 128
BREATHE EASE LARGE . . . 128
BREATHE EASE MEDIUM . . . 128
BREATHE EASE SMALL . . . 128
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER . . 128
BREO ELLIPTA . . . 145
breyna . . . 145
BREZTRI AEROSPHERE . . . 145
briellyn . . . 105
brimonidine tartrate . . . 139
brimonidine tartrate-timolol . . . 135
brinzolamide . . . 139
brivaracetam . . . 17
bromfed dm . . . 145
bromfenac sodium (once-daily) . . . 138
bromocriptine mesylate . . . 47
BRUKINSA . . . 36
budesonide . . . 124,140
budesonide er . . . 124
budesonide-formoterol fumarate . . . 145
bumetanide . . . 76
buprenorphine . . . 2
buprenorphine hcl . . . 6
buprenorphine hcl-naloxone hcl . . . 6
bupropion hcl . . . 23,24
bupropion hcl er (smoking det) . . . 7
bupropion hcl er (sr) . . . 24
bupropion hcl er (xl) . . . 24
buspirone hcl . . . 58
butalbital-acetaminophen . . . 82
butalbital-apap-caff-cod . . . 3
butalbital-apap-caffeine . . . 82
butalbital-asa-caff-codeine . . . 3
butalbital-aspirin-caffeine . . . 1
butorphanol tartrate . . . 4
BYSANTI . . . 49
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 49
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 49
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 49

C

CABENUVA . . . 56
cabergoline . . . 115
CABOMETYX . . . 36
caffeine citrate . . . 143
calcipotriene . . . 87
calcipotriene-betameth diprop . . . 87
calcitonin (salmon) . . . 124
calcitrene . . . 87
CALCITRIOL . . . 87,125
calcitriol . . . 124
calcium acetate (phos binder) . . . 93
CALQUENCE . . . 36
camila . . . 113
camrese . . . 105
camrese lo . . . 105
candesartan cilexetil . . . 68
candesartan cilexetil-hctz . . . 74
CAPLYTA . . . 50
CAPRELSA . . . 36
captopril . . . 69
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . 74
carbamazepine . . . 21

carbamazepine er . . . 21
carbidopa . . . 47
carbidopa-levodopa . . . 48
carbidopa-levodopa er . . . 48
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 47
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 128
carglumic acid . . . 98
carisoprodol . . . 147
CARTEOLOL HCL . . . 138
cartia xt . . . 72
carvedilol . . . 70
carvedilol phosphate er . . . 70
cataflam . . . 1
CAYSTON . . . 8
CEFACLOR . . . 10
CEFACLOR ER . . . 10
cefadroxil . . . 10
cefazolin sodium . . . 10
cefdinir . . . 10
cefepime hcl . . . 11
cefixime . . . 11
cefotetan disodium . . . 11
cefoxitin sodium . . . 11
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 11
cefprozil . . . 11
ceftaroline fosamil . . . 11
CEFTAZIDIME . . . 11
ceftriaxone sodium . . . 11
cefuroxime axetil . . . 11
cefuroxime sodium . . . 11
celecoxib . . . 1
cephalexin . . . 12
cetirizine hcl . . . 141
cevimeline hcl . . . 83
charlotte 24 fe . . . 105
chateal . . . 105
chateal eq . . . 105
CHEMET . . . 93
chlordiazepoxide-clidinium . . . 95
chlorhexidine gluconate . . . 83
chloroquine phosphate . . . 46
chlorpromazine hcl . . . 48
chlorthalidone . . . 76
cholestyramine . . . 77
cholestyramine light . . . 77
ciclodan . . . 89
ciclopirox . . . 89
ciclopirox olamine . . . 89
cilostazol . . . 67
CILOXAN . . . 15
CIMDUO . . . 55
cimetidine . . . 97
cinacalcet hcl . . . 125
ciprofloxacin . . . 15
ciprofloxacin hcl . . . 15,139
ciprofloxacin in d5w . . . 15
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 140
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF . . . 140
ciprofloxacin-hydrocortisone . . . 140
citalopram hydrobromide . . . 25
claravis . . . 84
clarithromycin . . . 14
clarithromycin er . . . 14
CLEOCIN . . . 8
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 128
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER . . . 128
CLIMARA PRO . . . 105
clindacin . . . 89
clindacin etz . . . 89
clindacin-p . . . 89
clindamycin hcl . . . 8
clindamycin palmitate hcl . . . 8
clindamycin phos (once-daily) . . . 89
clindamycin phos (twice-daily) . . . 89
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 84
clindamycin phosphate . . . 8,89
clindamycin phosphate in d5w . . . 8
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 8
CLINDESSE . . . 8
clobazam . . . 19
clobetasol prop emollient base . . . 85
clobetasol propionate . . . 85

clodan....85
clomipramine hcl....26
clonazepam....59
clonidine....68
clonidine hcl....68
clonidine hcl er....80
clopidogrel bisulfate....67
clorazepate dipotassium....59
clotrimazole....28
clotrimazole-betamethasone....88
clozapine....52
COARTEM....46
COBENFY....52
COBENFY STARTER PACK....52
codeine sulfate....4
CODEINE SULFATE....4
colchicine....30
colchicine-probenecid....30
colesevelam hcl....77
colestipol hcl....77
colistimethate sodium (cba)....8
COMBIVENT RESPIMAT....145
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)....36
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)....36
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)....36
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE....128
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES....128
COMPACT SPACE CHAMBER....128
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK....128
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK....128
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK....128
compro....27
constulose....94
COPIKTRA....36
CORLANOR....74
CORTIFOAM....124
CORTISONE ACETATE....101
CORTISPORIN-TC....140
COSENTYX....117
COSENTYX (300 MG DOSE)....117
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)....117
COSENTYX SENSOREADY PEN....117
COSENTYX UNOREADY....117
COTELLIC....36
COVARYX....105
COVARYX HS....105
CREON....98
CRESEMBA....28
cromolyn sodium....96,137,143
cryselle....105
cryselle-28....105
CVS ALCOHOL PREP PADS....128
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE....128
cvs isopropyl alcohol wipes....88
cyanocobalamin....94
cyclobenzaprine hcl....147
CYCLOPHOSPHAMIDE....32
cyclosporine....119
cyclosporine modified....119
cyproheptadine hcl....141
cyred....105
cyred eq....105
CYSTAGON....98
CYTRA K CRYSTALS....100

D

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

daysee . . . 105
deblitane . . . 113
deferasirox . . . 93
DELSTRIGO . . . 54
delyla . . . 105
demeclocycline hcl . . . 16
DENGVAXIA . . . 121
DEPO-ESTRADIOL . . . 105
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 113
depo-testosterone . . . 103
DERMOTIC . . . 140
DESCOVY . . . 55
desipramine hcl . . . 26
DESLORATADINE . . . 141
desloratadine . . . 141
desmopressin ace spray refrig . . . 102
desmopressin acetate . . . 102,103
desmopressin acetate pf . . . 103
desmopressin acetate spray . . . 103
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 105
desonide . . . 85
desoximetasone . . . 85
desvenlafaxine succinate er . . . 25
dexamethasone . . . 101
DEXAMETHASONE INTENSOL . . . 101
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 101
dexamethasone sod phosphate pf . . . 101
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 101,138
dexmethylphenidate hcl . . . 80
dexmethylphenidate hcl er . . . 80
dextroamphetamine sulfate . . . 79,80
dextroamphetamine sulfate er . . . 80
dextromethorphan-quinidine . . . 82
dextrose . . . 90
dextrose in lactated ringers . . . 90
DEXTROSE-NACL . . . 90
dextrose-sodium chloride . . . 90
DIACOMIT . . . 17
diazepam . . . 19,59
diazepam intensol . . . 59
diazoxide . . . 62
diclofenac potassium . . . 1
diclofenac sodium . . . 1,138
diclofenac sodium er . . . 1
diclofenac-misoprostol . . . 1
dicloxacillin sodium . . . 13
dicyclomine hcl . . . 95
DIFICID . . . 14
DIFLORASONE DIACETATE . . . 85
diflunisal . . . 1
difluprednate . . . 138
digitek . . . 69
digox . . . 69
digoxin . . . 69
dihydroergotamine mesylate . . . 30
DILANTIN . . . 21
DILANTIN INFATABS . . . 21
DILANTIN-125 . . . 21
dilt-xr . . . 72
diltiazem hcl . . . 72
DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE . . . 72
diltiazem hcl er . . . 72
diltiazem hcl er beads . . . 72
dimethyl fumarate . . . 83
dimethyl fumarate starter pack . . . 83
DIPENTUM . . . 124
diphenoxylate-atropine . . . 95
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT . . . 121
dipyridamole . . . 67
DISKETS . . . 2
disopyramide phosphate . . . 69
disulfiram . . . 6

divalproex sodium . . . 17
divalproex sodium er . . . 17
dodex . . . 94
dofetilide . . . 70
dolishale . . . 105
donepezil hcl . . . 23
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG . . . 23
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG . . . 23
dorzolamide hcl . . . 139
dorzolamide hcl-timolol mal . . . 136
dorzolamide hcl-timolol mal pf . . . 136
dotti . . . 105
DOVATO . . . 54
doxazosin mesylate . . . 68
doxepin hcl . . . 26
doxercalciferol . . . 125
doxy 100 . . . 16
doxycycline . . . 16
doxycycline hyclate . . . 16
doxycycline monohydrate . . . 17
doxylamine-pyridoxine . . . 27
DRIZALMA SPRINKLE . . . 82,83
dronabinol . . . 28
DROPLET INSULIN SYRINGE . . . 129
DROPLET MICRON . . . 129
DROPLET PEN NEEDLES . . . 129
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO . . . 129
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . . 129
drospiren-eth estrad-levomefol . . . 105
drospirenone-ethinyl estradiol . . . 105
DROXIA . . . 98
droxidopa . . . 68
duloxetine hcl . . . 83
DUPIXENT . . . 117
dutasteride . . . 99
dutasteride-tamsulosin hcl . . . 100

E

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

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

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

F

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

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

G

g tussin ac . . . 145
gabapentin . . . 19,20
galantamine hydrobromide . . . 23
galantamine hydrobromide er . . . 23
galbriela . . . 107
gallifrey . . . 113
GAMUNEX-C . . . 117
GARDASIL 9 . . . 122
gatifloxacin . . . 137
GAUZE PADS 2 . . . 131
GAVILYTE-C . . . 96
gavilyte-g . . . 96
gavilyte-n with flavor pack . . . 94
GAVRETO . . . 37
gefitinib . . . 37
gemfibrozil . . . 77
gemmily . . . 107
GEMTESA . . . 99
generlac . . . 94
gengraf . . . 120
GENTAK . . . 137
gentamicin sulfate . . . 7,137
GENVOYA . . . 54
GILOTRIF . . . 37
glatiramer acetate . . . 83
glatopa . . . 83
glimepiride . . . 60
glipizide . . . 60
glipizide er . . . 60
glipizide xl . . . 60
glipizide-metformin hcl . . . 60
GLUCAGEN HYPOKIT . . . 62
glucagon emergency . . . 62
glyburide . . . 60
GLYBURIDE MICRONIZED . . . 60
glyburide-metformin . . . 60
glycopyrrolate . . . 95
GLYXAMBI . . . 60
GNP PEN NEEDLES . . . 131
GOMEKLI . . . 37
GOODSENSE ALCOHOL SWABS . . . 131
granisetron hcl . . . 28
griseofulvin microsize . . . 29
griseofulvin ultramicrosize . . . 29
guaiatussin ac . . . 145
guaifenesin ac . . . 145
guaifenesin-codeine . . . 146
guanfacine hcl . . . 68
guanfacine hcl er . . . 80
GYNAZOLE-1 . . . 29

H

HADLIMA . . . 120
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 120
HAEGARDA . . . 116
hailey 1.5/30 . . . 107
hailey 24 fe . . . 107
hailey fe 1.5/30 . . . 107
hailey fe 1/20 . . . 107
halobetasol propionate . . . 86
haloette . . . 107
haloperidol . . . 48
haloperidol decanoate . . . 48
haloperidol lactate . . . 49
HAVRIX . . . 122
heather . . . 113
HEMMOREX-HC . . . 86
heparin sodium (porcine) . . . 65
heparin sodium (porcine) pf . . . 65
HEPLISAV-B . . . 122
HERNEXEOS . . . 37
HIBERIX . . . 122

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

I

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

INSULIN PEN NEEDLES . . . 131
INSULIN SYRINGE 0.3 ML . . . 131
INSULIN SYRINGE 0.5 ML . . . 131
INSULIN SYRINGE 1 ML . . . 131
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 . . . 131
INSUPEN PEN NEEDLES . . . 131
INSUPEN32G EXTR3ME . . . 131
INTELENCE . . . 55
INTRALIPID . . . 131
introvale . . . 107
INVEGA HAFYERA . . . 50
INVEGA SUSTENNA . . . 50
INVEGA TRINZA . . . 51
IPOL . . . 122
ipratropium bromide . . . 141
ipratropium-albuterol . . . 146
irbesartan . . . 68
irbesartan-hydrochlorothiazide . . . 74
ISENTRESS . . . 54
ISENTRESS HD . . . 54
isibloom . . . 107
isoniazid . . . 31
isopropyl alcohol . . . 88
isopropyl alcohol wipes . . . 88
isosorb dinitrate-hydralazine . . . 74
isosorbide dinitrate . . . 78
isosorbide mononitrate . . . 78
isosorbide mononitrate er . . . 79
isotretinoin . . . 84
isradipine . . . 71
ITOVEBI . . . 38
itraconazole . . . 29
ivabradine hcl . . . 74
ivermectin . . . 45
IWILFIN . . . 34
IXIARO . . . 122

J

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

K

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

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

L

l-glutamine 98
labetalol hcl 70
lacosamide 21
lactated ringers 91,131
lactulose 94
lactulose encephalopathy 94
LAGEVRIO 58
lamivudine 53,55
lamivudine-zidovudine 55
lamotrigine 17
lamotrigine er 17,18
lamotrigine odt 18
lamotrigine starter kit-blue 18
lamotrigine starter kit-green 18
lamotrigine starter kit-orange 18
lansoprazole 97
LANTUS 64
LANTUS SOLOSTAR 64
lapatinib ditosylate 39
larin 1.5/30 108
larin 1/20 108
larin 24 fe 108
larin fe 1.5/30 108
larin fe 1/20 108
larissia 108
latanoprost 139
layolis fe 108
LAZCLUZE 35
LEDERLE LEUCOVORIN 34
leena 108
leflunomide 120
lenalidomide 33
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 39
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 39
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 40
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 40
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 40
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 40
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 40
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 40
lessina 108
letrozole 35
leucovorin calcium 34
LEUKERAN 32
leuprolide acetate 115
levalbuterol hcl 142
LEVALBUTEROL TARTRATE 142
levetiracetam 18
levetiracetam er 18
levo-t 114
LEVOBUNOLOL HCL 138
levocarnitine 98
levocarnitine sf 98
levocetirizine dihydrochloride 141
levofloxacin 15
LEVOFLOXACIN 137
levofloxacin in d5w 16
levonest 108
levonorg-eth estrad triphasic 108
levonorgest-eth est & eth est 108
levonorgest-eth estrad 91-day 108
levonorgest-eth estradiol-iron 108
levonorgestrel-ethinyl estrad 108
levora 0.15/30 (28) 109

levothyroxine sodium . . . 115
levoxyl . . . 115
LEXIVA . . . 57
lidocaine . . . 6
lidocaine hcl . . . 6
LIDOCAINE HCL . . . 6
lidocaine viscous hcl . . . 6
lidocaine-prilocaine . . . 6
lidocan . . . 6
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 40
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 40
LILETTA (52 MG) . . . 113
lillow . . . 109
lincomycin hcl . . . 8
linezolid . . . 9
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 9
LINZESS . . . 94
liothyronine sodium . . . 115
lisdexamfetamine dimesylate . . . 80
lisinopril . . . 69
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 74
lithium . . . 59
lithium carbonate . . . 60
lithium carbonate er . . . 60
LIVTENCITY . . . 53
lo-zumandimine . . . 109
loestrin 1.5/30 (21) . . . 109
loestrin 1/20 (21) . . . 109
loestrin fe 1.5/30 . . . 109
loestrin fe 1/20 . . . 109
lojaimiess . . . 109
LOKELMA . . . 94
lomustine . . . 32
LONSURF . . . 34
loperamide hcl . . . 95
lopinavir-ritonavir . . . 57
lorazepam . . . 59
lorazepam intensol . . . 59
LORBRENA . . . 40
loryna . . . 109
losartan potassium . . . 68
losartan potassium-hctz . . . 74
loteprednol etabonate . . . 138
loteprednol-tobramycin . . . 136
lovastatin . . . 77
low-ogestrel . . . 109
loxapine succinate . . . 49
lubiprostone . . . 94
luizza 1.5/30 . . . 109
luizza 1/20 . . . 109
LULICONAZOLE . . . 29
LUMAKRAS . . . 40
LUMIGAN . . . 139
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 115
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 116
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 116
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 116
lurasidone hcl . . . 51
lutera . . . 109
LYBALVI . . . 24
lyleq . . . 113
lyllana . . . 109
LYNPARZA . . . 40
LYSODREN . . . 34
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 40
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 40
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 40
lyza . . . 113

M

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

MAXIDEX....138
meclizine hcl....27
medpura alcohol pads....88
MEDROL....101
medroxyprogesterone acetate....113
mefloquine hcl....46
megestrol acetate....113
MEKINIST....40,41
MEKTOVI....41
meleya....113
meloxicam....2
MELPHALAN....32
memantine hcl....23
memantine hcl er....23
memantine hcl-donepezil hcl....22
memantine hcl-donepezil hcl er....22
MENACTRA....122
MENEST....109
MENQUADFI....122
MENVEO....122
MEPHYTON....67
meprobamate....58
mercaptopurine....33
meropenem....14
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE....14
merzee....109
mesalamine....124
mesalamine er....124
mesna....45
metaxalone....147
metformin hcl....61
metformin hcl er....61
methadone hcl....2,3
methadone hcl intensol....3
methadose....3
methazolamide....139
methenamine hippurate....9
methergine....131
methimazole....116
methocarbamol....147
METHOTREXATE SODIUM....120
methotrexate sodium....120
methotrexate sodium (pf)....120
METHOXSALEN RAPID....88
methscopolamine bromide....96
methsuximide....19
METHYLDOPA....68
methylergonovine maleate....131
methylphenidate hcl....81
METHYLPHENIDATE HCL ER....81
methylphenidate hcl er....81
methylphenidate hcl er (cd)....81
methylphenidate hcl er (la)....81
methylphenidate hcl er (osm)....81
methylphenidate hcl er(diffus)....82
methylprednisolone....101
methylprednisolone acetate....102
methylprednisolone sodium succ....102
methyltestosterone....103
metoclopramide hcl....27
METOCLOPRAMIDE HCL....27
metolazone....76
metoprolol succinate er....71
metoprolol tartrate....71
metoprolol-hydrochlorothiazide....74
metronidazole....9
metyrosine....75
mexiletine hcl....70
mibelas 24 fe....109
micafungin sodium....29
MICONAZOLE 3....29
MICROCHAMBER....131
microgestin 1.5/30....109
microgestin 1/20....109
microgestin 24 fe....109
microgestin fe 1.5/30....109
microgestin fe 1/20....109
MICROSPACER....131
midodrine hcl....68
mifepristone....116
MIGERGOT....30
miglitol....61

mili . . . 109
mimvey . . . 109
minocycline hcl . . . 17
minoxidil . . . 78
minzoya . . . 109
mirtazapine . . . 24
misoprostol . . . 97
modafinil . . . 148
MODEYSO . . . 34
moexipril hcl . . . 69
MOLINDONE HCL . . . 49
mometasone furoate . . . 86,146
mondoxyne nl . . . 17
mono-linyah . . . 110
montelukast sodium . . . 141
MORPHINE SULFATE . . . 4
morphine sulfate . . . 5
morphine sulfate (concentrate) . . . 5
morphine sulfate er . . . 3
MOUNJARO . . . 61
MOVANTIK . . . 94
moxifloxacin hcl . . . 16,137
MOXIFLOXACIN HCL . . . 16
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 137
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 16
MRESVIA . . . 122
MULTAQ . . . 70
MULTI-VIT-FLOR . . . 91
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE . . . 94
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON . . . 91
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE . . . 91
MULTIVITAMIN/FLUORIDE . . . 91
mupirocin . . . 90
mycophenolate mofetil . . . 120
mycophenolate mofetil hcl . . . 120
mycophenolate sodium . . . 120
mycophenolic acid . . . 120
myorisan . . . 84
MYRBETRIQ . . . 99

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 95
nabumetone . . . 2
nadolol . . . 71
nafcillin sodium . . . 13
nafrinse . . . 91
naftifine hcl . . . 29
NAGLAZYME . . . 98
naloxone hcl . . . 7
naltrexone hcl . . . 7
NAMZARIC . . . 22
naproxen . . . 2
naproxen dr . . . 2
naproxen sodium . . . 2
naratriptan hcl . . . 30
NATACYN . . . 137
nateglinide . . . 61
NAYZILAM . . . 6
nebivolol hcl . . . 71
NEBUSAL . . . 146
necon 0.5/35 (28) . . . 110
NEFAZODONE HCL . . . 25
neo-polycin . . . 136
neo-polycin hc . . . 136
neomycin sulfate . . . 7
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 136
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 136
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . 136
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC . . . 136
neomycin-polymyxin-hc . . . 140
NERLYNX . . . 41
nevirapine . . . 55
NEVIRAPINE . . . 55
NEVIRAPINE ER . . . 55
nevirapine er . . . 55
NEXPLANON . . . 113
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 78
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 78
NIACOR . . . 78
nicardipine hcl . . . 71

NICOTROL . . . 7
NICOTROL NS . . . 7
nifedipine . . . 71
nifedipine er . . . 71
nifedipine er osmotic release . . . 71
nikki . . . 110
nilotinib hcl . . . 41
nilutamide . . . 32
nimodipine . . . 72
NINLARO . . . 41
nintedanib esylate . . . 144
nisoldipine er . . . 72
nitazoxanide . . . 46
nitisinone . . . 98
nitro-bid . . . 79
NITRO-DUR . . . 79
NITRO-TIME . . . 79
nitrofurantoin . . . 9
nitrofurantoin macrocrystal . . . 9
nitrofurantoin monohyd macro . . . 9
nitroglycerin . . . 79
NIVA THYROID . . . 115
NIVESTYM . . . 67
NIZATIDINE . . . 97
nora-be . . . 113
norelgestromin-eth estradiol . . . 110
norethin ace-eth estrad-fe . . . 110
norethin-eth estradiol-fe . . . 110
norethindron-ethinyl estrad-fe . . . 110
norethindrone . . . 113
norethindrone acet-ethinyl est . . . 110
norethindrone acetate . . . 113
norethindrone-eth estradiol . . . 110
norgestim-eth estrad triphasic . . . 110
norgestimate-eth estradiol . . . 110
norlyda . . . 114
norlyroc . . . 114
nortrel 0.5/35 (28) . . . 110
nortrel 1/35 (21) . . . 110
nortrel 1/35 (28) . . . 110
nortrel 7/7/7 . . . 110
nortriptyline hcl . . . 27
NORVIR . . . 57
NovoFine 32G X 6 MM MISC . . . 131
NOVOLIN R FLEXPEN . . . 64
NOVOLIN R FLEXPEN RELION . . . 64
NOVOLOG . . . 64
NOVOLOG FLEXPEN . . . 64
NOVOLOG FLEXPEN RELION . . . 64
NOVOLOG PENFILL . . . 64
NOVOLOG RELION . . . 64
NP THYROID . . . 115
NUBEQA . . . 32
NULEV . . . 96
NUPLAZID . . . 51
NURTEC . . . 30
NUTRILIPID . . . 132
nyamyc . . . 29
nylia 1/35 . . . 110
nylia 7/7/7 . . . 110
nymyo . . . 110
nystatin . . . 29
nystatin-triamcinolone . . . 88
nystop . . . 29

O

ocella . . . 110
octreotide acetate . . . 116
OCTREOTIDE ACETATE . . . 116
ODEFSEY . . . 55
ODOMZO . . . 41
ofloxacin . . . 16,137,140
OGSIVEO . . . 41
OJEMDA . . . 41
OJJAARA . . . 34
olanzapine . . . 51
olanzapine-fluoxetine hcl . . . 24
olmesartan medoxomil . . . 68
olmesartan medoxomil-hctz . . . 75
olmesartan-amlodipine-hctz . . . 75
olopatadine hcl . . . 141
omega-3-acid ethyl esters . . . 78

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

P

pacerone . . . 70
paliperidone er . . . 51
PANRETIN . . . 45
pantoprazole sodium . . . 97
paricalcitol . . . 125
paroxetine hcl . . . 25
PAROXETINE HCL . . . 25
paroxetine hcl er . . . 25
paroxetine mesylate . . . 25
PAXLOVID (150/100) . . . 58
PAXLOVID (300/100 & 150/100) . . . 58
PAXLOVID (300/100) . . . 58
pazopanib hcl . . . 41
PAZOPANIB HCL . . . 41
PB-HYOSCY-ATROPINE-SCOPOLAMINE . . . 96
PEDIARIX . . . 122
PEDVAXHIB . . . 122
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl . . . 95
peg-3350/electrolytes . . . 97
peg-3350/electrolytes/ascorbat . . . 95
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c . . . 95
PEG-PREP . . . 95
PEGASYS . . . 119
PEMAZYRE . . . 41
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP . . . 132
PEN NEEDLES . . . 132
PENBRAYA . . . 132
penciclovir . . . 90
penicillamine . . . 100
penicillin g potassium . . . 13
PENICILLIN G SODIUM . . . 13
penicillin v potassium . . . 14
PENMENVY . . . 122
PENTACEL . . . 122
pentamidine isethionate . . . 46
pentazocine-naloxone hcl . . . 5
pentoxifylline er . . . 75
perampanel . . . 18
PERINDOPRIL ERBUMINE . . . 69
periogard . . . 83
permethrin . . . 89
perphenazine . . . 27
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE . . . 24

PERSERIS 51
pfizerpen 14
phenazo 100
phenazopyridine hcl 100
PHENELZINE SULFATE 24
phenobarbital 20
phenobarbital-belladonna alk 96
PHENOHYTRO 96
phenytek 22
phenytoin 22
phenytoin infatabs 22
phenytoin sodium extended 22
philith 110
PHOSPHO-TRIN K500 100
phytonadione 67
PIFELTRO 55
pilocarpine hcl 84,139
pimecrolimus 87
pimozide 49
pimtrea 110
pindolol 71
pioglitazone hcl 61
pioglitazone hcl-glimepiride 61
pioglitazone hcl-metformin hcl 61
piperacillin sod-tazobactam so 14
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 41
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 41
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 41
pirfenidone 144
PIRFENIDONE 144
pirmella 1/35 111
pirmella 7/7/7 111
piroxicam 2
PNV 27-CA/FE/FA 92
POCKET CHAMBER 132
POCKET SPACER 132
podofilox 88
POLY-VI-FLOR 92
polycin 136
polymyxin b sulfate 9
polymyxin b-trimethoprim 137
pomalidomide 33
portia-28 111
posaconazole 29
pot & sod cit-cit ac 100
potassium chloride 92
potassium chloride crys er 92
potassium chloride er 92
potassium chloride in dextrose 92
potassium chloride in nacl 92
potassium citrate er 92
potassium citrate-citric acid 100
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 92
pramipexole dihydrochloride 47
pramipexole dihydrochloride er 47
PRAMOSONE 88
prasugrel hcl 67
pravastatin sodium 77
praziquantel 45
prazosin hcl 68
prednisolone 102
prednisolone acetate 138
prednisolone sodium phosphate 102
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . 138
prednisone 102
PREDNISONE INTENSOL 102
pregabalin 83
PREMARIN 111
PREMASOL 92
PREMIUM LIDOCAINE 6
PREMPHASE 111
PREMPRO 111
Prenatal vitamins 93
prevalite 78
PREVYMIS 53
PREZCOBIX 57
PREZISTA 57
primaquine phosphate 46
primidone 20
PRIORIX 122
PRO COMFORT ALCOHOL 132
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 132

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

Q

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

R

ra isopropyl alcohol wipes 88
RABAVERT 123
rabeprazole sodium 98
RALDESY 26
raloxifene hcl 114
ramelteon 147
ramipril 69
ranolazine er 75
rasagiline mesylate 48
reclipsen 111
RECOMBIVAX HB 123
REGRANEX 88
relafen 2
RELENZA DISKHALER 57
RENTHYROID 115
repaglinide 61
REPATHA 78
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 78
REPATHA SURECLICK 78
RESTASIS 136
RETACRIT 67
RETEVMO 41,42
REVCOVI 98
REVUFORJ 42

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

S

sacubitril-valsartan . . . 75
sajazir . . . 117
SALINE BACTERIOSTATIC . . . 133
salsalate . . . 2
SANDIMMUNE . . . 120
SANTYL . . . 88
sapropterin dihydrochloride . . . 98
SCEMBLIX . . . 42
scopolamine . . . 27
SECUADO . . . 52
SECURESAFE INSULIN SYRINGE . . . 133
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES . . . 133
selegiline hcl . . . 48
selenium sulfide . . . 87
SELZENTRY . . . 56
SEREVENT DISKUS . . . 143
sertraline hcl . . . 26
setlakin . . . 111
sevelamer carbonate . . . 93
sharobel . . . 114
SHINGRIX . . . 123
SIGNIFOR . . . 116
sildenafil citrate . . . 100,144
SILIGENTLE FOAM DRESSING . . . 133
silodosin . . . 100
silver sulfadiazine . . . 88
SIMBRINZA . . . 139
SIMLANDI (1 PEN) . . . 121
SIMLANDI (1 SYRINGE) . . . 121
SIMLANDI (2 PEN) . . . 121
SIMLANDI (2 SYRINGE) . . . 121
simliya . . . 111
simpesse . . . 111
simvastatin . . . 77

sirolimus . . . 121
SIRTURO . . . 31
sitaglip phos-metformin hcl er . . . 62
sitagliptin phos-metformin hcl . . . 62
SKYRIZI . . . 118
SKYRIZI (150 MG DOSE) . . . 118
SKYRIZI PEN . . . 118
SMOFLIPID . . . 133
SOD CITRATE-CITRIC ACID . . . 100
sod citrate-citric acid . . . 101
sodium chloride . . . 93
SODIUM CHLORIDE . . . 146
sodium chloride (pf) . . . 93
SODIUM CHLORIDE BACTERIOSTATIC . . . 133
SODIUM CITRATE-CITRIC ACID . . . 101
SODIUM FLUORIDE . . . 93
sodium oxybate . . . 148
sodium phenylbutyrate . . . 98
sodium polystyrene sulfonate . . . 94
solifenacin succinate . . . 99
SOLTAMOX . . . 33
SOMAVERT . . . 116
sorafenib tosylate . . . 42
sorine . . . 70
sotalol hcl . . . 70
sotalol hcl (af) . . . 70
SPINOSAD . . . 89
SPIRIVA RESPIMAT . . . 142
spironolactone . . . 76
spironolactone-hctz . . . 75
sprintec 28 . . . 111
SPRITAM . . . 18
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) . . . 94
sronyx . . . 111
ssd . . . 88
SSS 10-5 . . . 88
STAVUDINE . . . 55
STELARA . . . 118
sterile water for irrigation . . . 133
STIOLTO RESPIMAT . . . 147
STIVARGA . . . 42
STREPTOMYCIN SULFATE . . . 7
STRIBILD . . . 54
subvenite . . . 18
SUBVENITE . . . 18
subvenite starter kit-blue . . . 18
subvenite starter kit-green . . . 18
subvenite starter kit-orange . . . 19
sucralfate . . . 97
sulfacetamide sodium . . . 137
sulfacetamide sodium (acne) . . . 84
SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR . . . 89
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE . . . 136
sulfadiazine . . . 16
sulfamethoxazole-trimethoprim . . . 16
sulfasalazine . . . 124
sulfatrim pediatric . . . 16
sulindac . . . 2
sumatriptan . . . 30
sumatriptan succinate . . . 30
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL . . . 31
sunitinib malate . . . 42,43
SUNLENCA . . . 56
SURE COMFORT PEN NEEDLES . . . 133
syeda . . . 111
SYMPAZAN . . . 20
SYMTUZA . . . 57
SYNAREL . . . 116
SYNJARDY . . . 62
SYNJARDY XR . . . 62
SYNRIBO . . . 43
SYNTHROID . . . 115

T

TABLOID . . . 34
TABRECTA . . . 43
tacrolimus . . . 87,121
tadalafil . . . 100
tadalafil (pah) . . . 144
TAFINLAR . . . 43
tafluprost (pf) . . . 139
TAGRISSO . . . 43

TALZENNA . . . 43
tamoxifen citrate . . . 33
tamsulosin hcl . . . 100
tarina 24 fe . . . 111
tarina fe 1/20 . . . 111
tarina fe 1/20 eq . . . 111
tasimelteon . . . 147
taysofy . . . 111
tazarotene . . . 84
TAZICEF . . . 12
taztia xt . . . 73
TAZVERIK . . . 43
TDVAX . . . 123
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES . . . 133
telmisartan . . . 68
telmisartan-amlodipine . . . 75
telmisartan-hctz . . . 75
temazepam . . . 147
TENCON . . . 82
TENIVAC . . . 123
tenofovir disoproxil fumarate . . . 55
TEPMETKO . . . 43
terazosin hcl . . . 68
terbinafine hcl . . . 29
terbutaline sulfate . . . 143
terconazole . . . 29
teriflunomide . . . 83
teriparatide . . . 125
testosterone . . . 103
testosterone cypionate . . . 103
TESTOSTERONE ENANTHATE . . . 104
tetrabenazine . . . 82
tetracycline hcl . . . 17
THALOMID . . . 33
THEO-24 . . . 143
theophylline . . . 143
theophylline er . . . 143
thioridazine hcl . . . 49
thiothixene . . . 49
THYROID . . . 115
tiadylt er . . . 73
tiagabine hcl . . . 20
TIBSOVO . . . 43
ticagrelor . . . 67
TICOVAC . . . 123
tigecycline . . . 9
tilia fe . . . 111
timolol hemihydrate . . . 138
timolol maleate . . . 71,138
timolol maleate (once-daily) . . . 139
timolol maleate ocudose . . . 139
timolol maleate pf . . . 139
tinidazole . . . 9
tiotropium bromide . . . 142
tis-u-sol . . . 133
TIVICAY . . . 54
TIVICAY PD . . . 54
tizanidine hcl . . . 53
TOBRADEX . . . 136
tobramycin . . . 137,143
tobramycin sulfate . . . 8
tobramycin-dexamethasone . . . 136
TOBREX . . . 137
tofacitinib citrate . . . 118
tofacitinib citrate er . . . 118
TOLAK . . . 89
tolterodine tartrate . . . 99
tolterodine tartrate er . . . 99
tolvaptan . . . 93
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 133
topiramate . . . 19
topiramate er . . . 19
toremifene citrate . . . 33
torsemide . . . 76
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 64
TOUJEO SOLOSTAR . . . 64
TPN ELECTROLYTES . . . 93
TRADJENTA . . . 62
tramadol hcl . . . 6
tramadol hcl er . . . 3
tramadol-acetaminophen . . . 6
trandolapril . . . 69

TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER....75
tranexamic acid....67
tranylcypromine sulfate....24
travoprost (bak free)....139
trazodone hcl....26
TRECATOR....31
TRELEGY ELLIPTA....147
TRESIBA....64
TRESIBA FLEXTOUCH....64
tretinoin....45,84
TREXALL....121
tri femynor....111
tri-estarylla....111
tri-legest fe....111
tri-linyah....111
tri-lo-estarylla....111
tri-lo-marzia....111
tri-lo-mili....112
tri-lo-sprintec....112
tri-mili....112
tri-nymyo....112
tri-sprintec....112
TRI-VITE/FLUORIDE....94
tri-vylibra....112
tri-vylibra lo....112
triamcinolone acetonide....84,87
triamterene....76
triamterene-hctz....75
triazolam....147
TRICITRATES....101
triderm....87
trientine hcl....93
TRIENTINE HCL....93
trifluoperazine hcl....49
TRIFLURIDINE....137
trihexyphenidyl hcl....47
TRIKAFTA....143
trimethobenzamide hcl....27
trimethoprim....9
trimipramine maleate....27
TRINTELLIX....26
TRIUMEQ....56
TRIUMEQ PD....56
trivora (28)....112
TRIZIVIR....56
trospium chloride....99
trospium chloride er....99
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE....134
TRUE COMFORT PEN NEEDLES....134
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES....134
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....134
TRULICITY....62
TRUMENBA....123
TRUQAP....43
TUKYSA....43
tulana....114
TURALIO....43
turqoz....112
TWINRIX....123
TYBOST....56
tydemy....112
TYENNE....118
TYMLOS....125
TYPHIM VI....123

U

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

V

valacyclovir hcl....58

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

W

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

X

XALKORI . . . 44
xarah fe . . . 112
XARELTO . . . 66
XARELTO STARTER PACK . . . 66
XATMEP . . . 121
XCOPRI . . . 19,22
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) . . . 22
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) . . . 22
XDEMVY . . . 136
xelria fe . . . 112
XERMELO . . . 95
XIFAXAN . . . 10
XIGDUO XR . . . 62
XIIDRA . . . 137
XOFLUZA (40 MG DOSE) . . . 58
XOFLUZA (80 MG DOSE) . . . 58
XOLAIR . . . 118
XOSPATA . . . 44
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) . . . 44
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) . . . 44,45
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) . . . 45
XTANDI . . . 33
xulane . . . 112

Y

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

Z

zafemy . . . 113
zafirlukast . . . 141
zaleplon . . . 147
ZARXIO . . . 67
zebutal . . . 82
ZEJULA . . . 45
ZELBORAF . . . 45
zenatane . . . 84
ZENBEXUS . . . 35
ZENPEP . . . 99
zenzedi . . . 80
zidovudine . . . 56
ziprasidone hcl . . . 52
ziprasidone mesylate . . . 52
ZIRGAN . . . 138
zoledronic acid . . . 125
ZOLINZA . . . 35
zolmitriptan . . . 31
zolpidem tartrate . . . 148
zolpidem tartrate er . . . 148
ZONISADE . . . 22
zonisamide . . . 22
ZONTIVITY . . . 66
zovia 1/35 (28) . . . 113
ZTALMY . . . 21
zumandimine . . . 113
ZURZUVAE . . . 24
ZYDELIG . . . 45
ZYKADIA . . . 45
ZYPREXA RELPREVV . . . 52

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

Este formulario se actualizó el 10/20/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (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