

CCPOA Medical Plan Medicare (PPO)

# Formulario de 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

**ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO INCLUYE INFORMACIÓN  
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.**

N.º de identificación del formulario 24334, versión **24**

Este formulario se actualizó el **09/24/2024** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al **(800) 776-4466** o al **711** para los usuarios del sistema TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o visite el sitio web **[www.ccpoabt.org](http://www.ccpoabt.org)**.

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

A53852-1023 ( 09/24 )

Y0118\_23\_376B\_C\_SP 07212023

**09/24/2024**

**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” o “nuestro(s)”, se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a CCPOA Medical Plan Medicare.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida desde el **09/24/2024** . Para obtener un formulario actualizado, 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.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para obtener acceso a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

## ¿Qué es el formulario de CCPOA Medical Plan Medicare?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados entre nuestro plan y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados, que son 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.

## ¿Puede haber cambios en el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero nuestro plan puede agregar o quitar medicamentos de la lista 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.

**Cambios que pueden afectarlo este año:** Durante el año, usted será afectado por los cambios en la cobertura en los siguientes casos:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, es posible que mantengamos el medicamento de marca en nuestra lista, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas. Si está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos 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 de marca para usted. 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 CCPOA Medical Plan Medicare?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) cree que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante lo retira del mercado, quitaremos de inmediato ese medicamento del formulario y les avisaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca del formulario. A ese medicamento de marca también podemos agregarle restricciones nuevas o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o las dos cosas. También es posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad 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 o cuando el miembro pida una repetición del medicamento, momento en el que el miembro recibirá un suministro de 30 días de ese medicamento.
  - 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 de marca para usted. 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 CCPOA Medical Plan Medicare?".

**Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2024 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto lo descrito 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 los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, esos cambios podrían afectarlo, por lo que es importante que revise la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido desde el **09/24/2024** . 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 **www.ccpoabtf.org**.

## ¿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 está seguro de la categoría en la que debe buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 117 . 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 se 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. Además, los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca.

## ¿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 su médico 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 cubriremos. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan le da 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 usted 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. Para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos, también puede visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También 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 llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario del plan?" en la página v.

## **¿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 una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.
- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

## **¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de CCPOA Medical Plan Medicare?**

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo si ese medicamento no es del nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no pongamos límites o restricciones a la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, nuestro 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.

En términos generales, 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 las restricciones de uso adicionales no son tan eficaces para tratar su problema de salud o le provocan efectos médicos adversos.

Deberá comunicarse con nosotros para pedir que tomemos una decisión de cobertura inicial para obtener una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso. **Cuando pida una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso, deberá respaldar su pedido mostrando una declaración de su médico o del profesional que le hace las recetas.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Puede pedir una excepción urgente (rápida) si usted o su médico piensan que esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión podría ser muy peligroso para su salud. Si aceptamos su pedido urgente, debemos tomar la decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de otro profesional que le haga recetas.

## **¿Qué tengo que hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o pedir una excepción?**

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 su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, tal vez necesite que le demos una autorización previa antes de que pueda obtener su medicamento recetado. Debe hablar con su médico para decidir si le conviene cambiar su medicamento por otro apropiado que cubramos o si debe pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras 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 si su capacidad para obtenerlos es limitada. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicación como máximo. Después de su primer suministro de 30 días, dejaremos de pagar esos medicamentos, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Si usted está 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:

- 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 del plan y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D como los anteriores 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 están 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

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 que estén en el formulario, pero 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 CMS, y los pedidos de excepción del formulario se evalúan según la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos o técnicos en 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 lo afecta de un año al siguiente, le daremos un suministro temporal de hasta 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 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 en un plazo de 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 en la identificación de 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 está en un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos), cubriremos los suministros de los medicamentos de la Parte D en incrementos de 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 un medicamento fuera de la red, a menos que usted califique para tener 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 preguntas 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 el sitio web <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 problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 117 .

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

## REFERENCIAS

NIVEL	NOMBRE	
gen	Medicamentos genéricos ( <i>Generic Drugs</i> )	
brd	Medicamentos de marca preferidos ( <i>Preferred Brand Drugs</i> )	
npd	Medicamentos no preferidos ( <i>Non-Preferred Drugs</i> )	
spec	Medicamentos de nivel especializado ( <i>Specialty Tier Drugs</i> )	

  

SIGLA	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
ED	Medicamento de la Parte D excluido ( <i>Excluded Part D Drug</i> )	Por lo general, este medicamento recetado no tiene cobertura en un plan de medicamentos recetados de Medicare; sin embargo, Blue Shield cubre este medicamento como un beneficio suplementario. La cantidad que usted paga cuando obtiene este medicamento recetado no cuenta para el total de sus costos de medicamentos (es decir, la cantidad que paga no lo 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 obtendrá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
LA	Acceso limitado ( <i>Limited Access</i> )	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, lea su directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa ( <i>Prior Authorization</i> )	La cobertura de este medicamento recetado requiere autorización previa de Blue Shield. Comuníquese con Blue Shield para brindar la información necesaria para determinar la cobertura. Es posible que haya que determinar si algunos medicamentos corresponden a la cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos se indican con la frase "PA: Determinación de Parte B vs. Parte D".
QL	Límite de cantidad ( <i>Quantity Limit</i> )	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diarias están definidos por la FDA y están en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad recomiendan dosis consolidadas cuando es posible.
ST	Tratamiento escalonado ( <i>Step Therapy</i> )	La cobertura de este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o preferidos (tratamiento escalonado).

SIGLA	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
NDS	Suministro sin extensión ( <i>Non-Extended Day Supply</i> )	El medicamento NO está disponible para un suministro a largo plazo.
INS	Insulina cubierta ( <i>Covered Insulin</i> )	No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté.
VAC	Vacunas por \$0 ( <i>\$0 Vaccine</i> )	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted. Llame a Servicio al Cliente si necesita más información.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

## ANALGÉSICOS

### ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA

<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution</i>	gen	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
APAP-CAFF-DIHYDROCODEINE 325-30-16 MG TAB	gen	PA, QL (10 PER 1 DAYS), NDS
<i>ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	gen	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	gen	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>dvorah 325-30-16 mg tab</i>	gen	PA, QL (10 PER 1 DAYS), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
FENTANYL CITRATE (100 MCG TAB, 200 MCG LOZ HANDLE, 200 MCG TAB, 400 MCG LOZ HANDLE, 400 MCG TAB, 600 MCG LOZ HANDLE, 600 MCG TAB, 800 MCG LOZ HANDLE, 800 MCG TAB, 1200 MCG LOZ HANDLE, 1600 MCG LOZ HANDLE)	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	gen	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-300 mg tab, 10-300 mg tab)</i>	gen	PA, QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-300 mg tab</i>	gen	PA, QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen (5-200 mg tab, 7.5-200 mg tab, 10-200 mg tab)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS), NDS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid</i>	gen	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	gen	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	gen	QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>lorcet 5-325 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>lorcet hd 10-325 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
MORPHINE SULFATE (5 MG SUPPOS, 10 MG SUPPOS, 20 MG SUPPOS, 30 MG SUPPOS)	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>morphine sulfate (concentrate) ((concentrate) 20 mg/ml solution, (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i>	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	gen	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (20 mg tab, 100 mg/5ml conc)</i>	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	gen	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ASPIRIN 4.8355-325 MG TAB	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxymorphone hcl 10 mg tab</i>	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxymorphone hcl 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

### ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

<i>buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)</i>	gen	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr, 100 mcg/hr patch 72hr)</i>	gen	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl er (er 8 mg tab er 24h, er 16 mg tab er 24h, er 32 mg tab er 24h)</i>	gen	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl er 12 mg tab er 24h</i>	gen	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg tab, 10 mg/ml conc)</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	npd	PA, NDS
<i>methadone hcl 40 mg tab sol</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl intensol 10 mg/ml conc</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadose 40 mg tab sol</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	gen	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	gen	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	gen	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<b>OXYCODONE HCL ER (ER 10 MG TB12 DETER, ER 15 MG TB12 DETER, ER 20 MG TB12 DETER, ER 30 MG TB12 DETER, ER 40 MG TB12 DETER, ER 60 MG TB12 DETER, ER 80 MG TB12 DETER)</b>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
<b>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)</b>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl (er biphasic) (biphasic) 100 mg tab er 24h, biphasic) 200 mg tab er 24h, biphasic) 300 mg tab er 24h)</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

## ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE (50-325-40 MG CAP, 50-325-40 MG TAB)	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	gen	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	gen	
<i>diclofenac sodium (1 % gel, 1.5 % solution, 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	gen	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	gen	
<i>diclofenac-misoprostol (50-0.2 mg tab dr, 75-0.2 mg tab dr)</i>	gen	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	gen	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h, er 600 mg tab er 24h)</i>	gen	
FLURBIPROFEN (50 MG TAB, 100 MG TAB)	gen	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	gen	
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	gen	
<i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	gen	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	gen	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	gen	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	gen	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>salsalate (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

## ANESTÉSICOS

### ANESTÉSICOS LOCALES

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

## ANSIOLÍTICOS

### ANSIOLÍTICOS, OTROS

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

### BENZODIACEPINAS

<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er 24h, er 1 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp)</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (1 mg tab, 1 mg tab disp)</i>	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	gen	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>oxazepam (10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

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

### **ANTITABACO, MEDICAMENTOS**

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

### **DEPENDENCIA A OPIOIDES**

<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 2-0.5 mg film, -naloxone 4-1 mg film)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 8-2 mg film, -naloxone 8-2 mg sl tab)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (0.7-0.18 MG SL TAB, 1.4-0.36 MG SL TAB, 5.7-1.4 MG SL TAB)	npd	QL (3 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ZUBSOLV (2.9-0.71 MG SL TAB, 11.4-2.9 MG SL TAB)	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SL TAB	npd	QL (2 PER 1 DAYS)

## **DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN**

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

## **REVERTIDORES OPIOIDEOS**

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

## **ANTIBACTERIANOS**

### **AMINOGLUCÓSIDOS**

<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	npd
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	gen
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	npd
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	gen
<i>paromomycin sulfate 250 mg cap</i>	gen
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	npd
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	npd

### **ANTIBACTERIANOS, OTROS**

<i>acetic acid 2 % solution</i>	gen
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	npd
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE 1 GM RECON SOLN	npd
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	brd
<i>clindacin etz 1 % swab</i>	gen
<i>clindacin-p 1 % swab</i>	gen
<i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate (1 % swab, 2 % cream)</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml solution, 300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	npd	
<i>clindamycin phosphate in d5w ( 300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	npd	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL ( 300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	npd	
CLINDESSE 2 % CREAM	brd	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	npd	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	spec	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	gen	QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	npd	
<i>linezolid (100 mg/5ml recon susp, 600 mg tab)</i>	gen	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	npd	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	spec	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	gen	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 250 mg tab, 375 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>metronidazole 500 mg/100ml solution</i>	npd	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	gen	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	npd	
<i>rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)</i>	gen	
SYNERCID 150-350 MG RECON SOLN	spec	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	spec	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	npd	
<i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (50 mg/ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln)</i>	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME)
VANDAZOLE 0.75 % GEL	brd	
XIFAXAN 200 MG TAB	npd	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	npd	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

## **BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS**

<i>CEFACLOR (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 375 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)</i>	gen	
CEFACLOR ER 500 MG TAB ER 12H	gen	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg/5ml recon susp)</i>	gen	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	npd	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap)</i>	gen	
CEFDITOREN PIVOXIL (200 MG TAB, 400 MG TAB)	gen	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	npd	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	gen	
CEFOTAXIME SODIUM (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN)	npd	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	npd	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i>	npd	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	npd	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	npd	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	npd	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 750 mg cap)</i>	gen	
SUPRAX (100 MG CHEW TAB, 200 MG CHEW TAB, 500 MG/5ML RECON SUSP)	npd	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	npd	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	spec	

## **BETALACTÁMICOS, PENICILINAS**

<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	gen	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	gen	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	gen	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	gen	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	npd	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln)</i>	npd	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML RECON SUSP	brd	
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	npd	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

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

## **CARBAPENÉMICOS**

<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	npd	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	npd	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	npd	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	npd	

## **MACRÓLIDOS**

<i>azithromycin (1 gm packet, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	gen	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	npd	
<i>clarithromycin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	gen	
DIFICID 200 MG TAB	spec	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	spec	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 400 400 MG TAB	gen	
<i>ery-tab (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	npd	
ERYTHROCIN STEARATE 250 MG TAB	brd	
<i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	gen	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	npd	

## **QUINOLONAS**

BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	brd	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	brd	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	gen	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 100 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	npd	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	npd	
<i>levofloxacin in d5w ( 500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	npd	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	gen	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ofloxacin (300 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

## SULFONAMIDAS

<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	gen	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	gen	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	gen	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	npd	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	gen	

## TETRACICLINAS

<i>avidoxy 100 mg tab</i>	gen	
<i>demeclocycline hcl (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	npd	
<i>doxycycline 40 mg cap dr</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>doxycycline hyclate (50 mg tab dr, 75 mg tab, 75 mg tab dr, 100 mg tab dr, 150 mg tab, 150 mg tab dr, 200 mg tab dr)</i>	gen	PA
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	npd	
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	gen	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	gen	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	

## ANTICONVULSIVOS

### ANTICONVULSIVOS, OTROS

BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	npd	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h)</i>	gen	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	npd	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	gen	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	npd	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	npd	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (5 mg chew tab, 21 x 25 mg &amp; 7 x 50 mg kit, 25 &amp; 50 &amp; 100 mg kit, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 42 x 50 mg &amp; 14x100 mg kit, 50 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab, 200 mg tab, 200 mg tab disp)</i>	gen	
<i>lamotrigine er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)</i>	gen	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 250 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)</i>	gen	ST
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	gen	
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg &amp; 14x100 mg kit</i>	gen	
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg &amp; 7 x 100 mg kit</i>	gen	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>roweepra (500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>roweepra xr 500 mg tab er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>roweepra xr 750 mg tab er 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	npd	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-green 84 x 25 mg &amp; 14x100 mg kit</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg &amp; 7 x 100 mg kit</i>	gen	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>topiramate er (er 25 mg cp24 sprnk, er 50 mg cp24 sprnk, er 100 mg cp24 sprnk, er 150 mg cp24 sprnk, er 200 mg cp24 sprnk)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	npd	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	gen	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) (MG DOSE) 50 200 MG TAB THPK, (MG DOSE) 100 150 MG TAB THPK)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	spec	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	npd	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## **AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINO BUTÍRICO (GABA)**

<i>clobazam 10 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
---------------------------	-----	---

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	gen	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	gen	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	gen	QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	gen	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	gen	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM)	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 20 mg/5ml solution, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (50 mg tab, 125 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)</i>	gen	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
-------------------------------	--------------	---------------------------

### **CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS**

APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	npd	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	gen	
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap er 12h, er 100 mg tab er 12h, er 200 mg cap er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg cap er 12h, er 400 mg tab er 12h)</i>	gen	
DILANTIN (30 MG CAP, 100 MG CAP, 125 MG/5ML SUSPENSION)	brd	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW TAB	brd	
<i>epitol 200 mg tab</i>	gen	
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5ml solution, 100 mg/10ml solution)</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab)</i>	gen	
PEGANONE 250 MG TAB	npd	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	gen	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	gen	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	gen	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	gen	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	npd	
<i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	

### **MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO**

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

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

## ANTIDEMENCIALES

### ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)

<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg/5ml solution, 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg tab)</i>	gen	
<i>memantine hcl er (er 7 mg cap er 24h, er 14 mg cap er 24h, er 21 mg cap er 24h, er 28 mg cap er 24h)</i>	gen	

### ANTIDEMENCIALES, OTROS

ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	gen	
NAMZARIC (7-10 MG CAP ER 24H, 14-10 MG CAP ER 24H, 21-10 MG CAP ER 24H, 28-10 MG CAP ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
NAMZARIC 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG CP24 THPK	brd	QL (28 PER 28 OVER TIME)

### INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

<i>donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	gen	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	gen	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	gen	
<i>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab, 12 mg tab)</i>	gen	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er 24h, er 16 mg cap er 24h, er 24 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr)</i>	gen	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	gen	

## ANTIDEPRESIVOS

### ANTIDEPRESIVOS, OTROS

AUVELITY 45-105 MG TAB ER	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MAPROTILINE HCL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	gen	
<i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp)</i>	gen	
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)</i>	gen	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	spec	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## **INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA**

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

## **INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)**

<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

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

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
VIIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	npd	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

## TRICÍCLICOS

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

## ANTIEMÉTICOS

### ANTIEMÉTICOS, OTROS

<i>compro 25 mg suppos</i>	gen	
<i>doxylamine-pyridoxine 10-10 mg tab dr</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	gen	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution)</i>	gen	
METOCLOPRAMIDE HCL 10 MG TAB DISP	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	gen	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	npd	
<i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i>	gen	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	gen	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 12.5 mg tab, 25 mg suppos, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	PA
<i>promethegan 12.5 mg suppos</i>	gen	PA, ED
<i>promethegan 25 mg suppos</i>	gen	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	gen	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	gen	

## **COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA**

<i>aprepitant (80 &amp; 125 mg cap, 80 &amp; 125 mg misc, 80 mg cap, 125 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	gen	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl (1 mg/ml solution, 4 mg/4ml solution)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>ONDANSETRON HCL 24 MG TAB</b>	gen	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

## **ANTIESPÁSTICOS**

<i>baclofen 10 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 15 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 20 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	gen	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	
<i>tizanidine hcl (2 mg cap, 2 mg tab, 4 mg cap, 4 mg tab, 6 mg cap)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<b>ANTIFÚNGICOS</b>		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>caspofungin acetate 50 mg recon soln</i>	spec	PA
<i>caspofungin acetate 70 mg recon soln</i>	npd	PA
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	gen	
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	gen	
CRESEMBA (74.5 MG CAP, 186 MG CAP, 372 MG RECON SOLN)	spec	PA
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	gen	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	npd	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	
GYNAZOLE-1 2 % CREAM	gen	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	gen	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	gen	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>ketoconazole 2 % foam</i>	gen	ST
<i>ketodan 2 % foam</i>	gen	ST
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	gen	
LULICONAZOLE 1 % CREAM	gen	ST
<i>miconazole sodium (50 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	spec	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	gen	
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLAT 0.25-15-81.35 % OINTMENT	gen	ST

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>naftifine hcl (1 % cream, 1 % gel, 2 % cream)</i>	gen	ST
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	gen	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	gen	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	gen	
<i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	gen	ST
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	gen	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream, 80 mg suppos)</i>	gen	
<i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

## **ANTIGOTOSOS**

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

## **ANTIJAQUECOSOS**

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

<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	gen	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act solution, 20 mg/act solution)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsyr, 6 mg/0.5ml solution)</i>	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<b>ALCALOIDES DE ERGOTAMINA</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate 1 mg/ml solution</i>	gen	PA
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	gen	QL (40 PER 28 OVER TIME)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	npd	QL (20 PER 30 OVER TIME)
<b>ANTIJAQUECOSOS, OTROS</b>		
NURTEC 75 MG TAB DISP	spec	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
<b>PROFILÁCTICOS</b>		
AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	brd	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<b>ANTIMIASTÉNICOS</b>		
<b>PARASIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
GUANIDINE HCL 125 MG TAB	gen	
<i>pyridostigmine bromide (30 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	gen	
<b>ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
<b>ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS</b>		
<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	gen	
<b>ANTITUBERCULOSOS</b>		
CAPASTAT SULFATE 1 GM RECON SOLN	npd	
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ISONIAZID 100 MG/ML SOLUTION	npd	
PASER 4 GM PACKET	npd	
PRIFTIN 150 MG TAB	brd	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	gen	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	npd	
RIFATER 50-120-300 MG TAB	npd	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA
TRECTOR 250 MG TAB	npd	

## **ANTINEOPLÁSICOS**

### **ALQUILANTES**

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP, 100 MG CAP)	brd	
LEUKERAN 2 MG TAB	brd	
MATULANE 50 MG CAP	brd	LA
MELPHALAN 2 MG TAB	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>thiotepa (15 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
VALCHLOR 0.016 % GEL	spec	LA, QL (60 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

### **ANTIANDRÓGENOS**

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	gen	
ERLEADA 240 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>flutamide 125 mg cap</i>	gen	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ORSERDU 345 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## **ANTIANGIOGÉNICOS**

<i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVLIMID (2.5 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (50 MG CAP, 100 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## **ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES**

EMCYT 140 MG CAP	brd	
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	spec	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	npd	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	gen	

## **ANTIMETABOLITOS**

DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	brd	
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	gen	
INQOVI 35-100 MG TAB	spec	LA, QL (5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	gen	
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	brd	

## **ANTINEOPLÁSICOS, OTROS**

AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
--	------	---

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
AUGTYRO 40 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	LA, QL (2 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXKIVITY 40 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	spec	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (49 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (70 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (91 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	npd	
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	gen	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	spec	LA, QL (100 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	spec	LA, QL (80 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	brd	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	spec	QL (3 PER 21 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
OGSIVEO 100 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	QL (14 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	spec	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	spec	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (20 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	spec	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (12 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	spec	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (24 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (32 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

<i>mesna 100 mg/ml solution</i>	npd	
MESNEX 400 MG TAB	brd	
VONJO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## INHIBIDORES DE ENZIMAS

OJEMDA 100 MG TAB	spec	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	spec	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (64 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN

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

## INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES

ALECENSA 150 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	spec	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	LA, QL (56 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	spec	LA, QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	spec	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	spec	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	spec	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
JAYPIRCA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (42 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	spec	LA, QL (112 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	spec	LA, QL (140 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	spec	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
MEKINIST 2 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	spec	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	spec	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 20 MG TAB	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	spec	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	spec	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO (125 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
UKONIQ 200 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	brd	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
VITRAKVI 25 MG CAP	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA 100 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## RETINOIDES

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

## ANTIPARASITARIOS

### ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole 200 mg tab</i>	npd	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	gen	QL (16 PER 365 OVER TIME)
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	gen	

### ANTIPROTOZOICOS

ALINIA 100 MG/5ML RECON SUSP	npd	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	gen	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	npd	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	npd	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	gen	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	gen	QL (25 PER 30 OVER TIME)
COARTEM 20-120 MG TAB	brd	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	gen	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	gen	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	gen	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	spec	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

## **ANTIPARKINSONIANOS**

### **AGONISTAS DE LA DOPAMINA**

<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	spec	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	gen	
NEUPRO (1 MG/24HR PATCH 24HR, 2 MG/24HR PATCH 24HR, 3 MG/24HR PATCH 24HR, 4 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 8 MG/24HR PATCH 24HR)	npd	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	gen	
<i>pramipexole dihydrochloride er (er 0.375 mg tab er 24h, er 0.75 mg tab er 24h, er 1.5 mg tab er 24h, er 2.25 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 3.75 mg tab er 24h, er 4.5 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h, er 6 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

## **ANTICOLINÉRGICOS**

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

## **ANTIPARKINSONIANOS, OTROS**

<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	gen	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)

## **INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)**

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

## **PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA**

<i>carbidopa 25 mg tab</i>	gen	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab, 25-250 mg tab disp)</i>	gen	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	gen	

## **ANTIPSIÓTICOS**

### **PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS**

<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>chlorpromazine hcl (25 mg/ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	npd	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	npd	
<b>FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC, 10 MG TAB)</b>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	npd	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution)</i>	brd	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	gen	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	brd	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	gen	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	gen	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	gen	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	

## **RESISTENTES AL TRATAMIENTO**

<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 50 mg tab, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab, 200 mg tab disp)</i>	gen	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	spec	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## **SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS**

ABILIFY ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
ABILIFY MANTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	gen	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
ARISTADA (441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR, 1064 MG/3.9ML PRSYR)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	spec	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>asenapine maleate (2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab, 10 mg sl tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	npd	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.75 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	spec	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	npd	QL (0.25 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	spec	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (80 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab disp, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 20 mg tab, 20 mg tab disp)</i>	gen	
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	npd	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 9 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	spec	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er 24h, er 150 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 400 mg tab er 24h)</i>	gen	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (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 mg/ml solution, 2 mg tab, 2 mg tab disp, 3 mg tab, 3 mg tab disp, 4 mg tab, 4 mg tab disp)</i>	gen	
<i>risperidone microspheres er (er 25 mg, er 37.5 mg, er 50 mg)</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er 12.5 mg srer</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	npd	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	gen	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	npd	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

## **ANTIVÍRICOS**

### **ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)**

PREVYMIS 240 MG TAB	spec	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	spec	QL (100 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	gen	QL (18 PER 1 DAYS)
ZIRGAN 0.15 % GEL	npd	QL (5 PER 30 OVER TIME)

## **ANTIGRIPALES**

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	gen	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	gen	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	gen	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	gen	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	gen	
XOFLUZA (40 MG DOSE) (OFLUZA MG DOSE) 1 40 MG TAB THPK, OFLUZA MG DOSE) 2 20 MG TAB THPK)	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	npd	QL (1 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)

## **ANTIHEPATÍICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)**

<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDGE 0.05 MG/ML SOLUTION	brd	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	brd	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	gen	

## **ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C**

EPCLUSA (150-37.5 MG PACKET, 200-50 MG TAB, 400-100 MG TAB)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
EPCLUSA 200-50 MG PACKET	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
HARVONI (33.75-150 MG PACKET, 45-200 MG TAB, 90-400 MG TAB)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
HARVONI 45-200 MG PACKET	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAVYRET 100-40 MG TAB	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	gen	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

## **ANTIHERPÉTICOS**

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

## **ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)**

APRETUDE 600 MG/3ML SUSP	spec	QL (21 PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS (25 MG CHEW TAB, 100 MG CHEW TAB)	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	brd	QL (6 PER 1 DAYS)

## **ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA**

APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	brd	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 200 MG CAP	brd	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 400 MG CAP	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
EVOTAZ 300-150 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	brd	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	gen	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR (100 MG CAP, 100 MG PACKET)	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	brd	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	brd	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	brd	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)

## **ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)**

COMPLERA 200-25-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	gen	QL (40 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	npd	QL (2 PER 1 DAYS)

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

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, 250 MG CAP DR, 400 MG CAP DR)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	brd	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	npd	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	brd	QL (240 PER 30 OVER TIME)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)

## **ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS**

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	spec	QL (4 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	spec	QL (6 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
FUZEON 90 MG RECON SOLN	spec	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	npd	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY (25 MG TAB, 75 MG TAB)	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	brd	QL (60 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	spec	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

## **BIPOLARES**

### **ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO**

EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	brd	
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	gen	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	gen	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>	gen	

## **BUCODENTALES**

<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	gen	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	gen	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	gen	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>paroex 0.12 % solution</i>	gen	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	gen	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	gen	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	gen	

## **CARDIOVASCULARES**

### **AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA**

<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	gen	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	gen	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	spec	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	spec	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	spec	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	

### **ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II**

<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	gen	
<b>EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB</b>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>	gen	

### **ANTIARRÍTMICOS**

<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	gen	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	gen	
MULTAQ 400 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap er 12h, er 325 mg cap er 12h, er 425 mg cap er 12h)</i>	gen	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	gen	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	gen	
<i>sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	gen	
<i>sotalol hcl (af) ((af) 80 mg tab, (af) 120 mg tab, (af) 160 mg tab)</i>	gen	

## **BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA**

<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	gen	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	gen	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	

## **BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA**

<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	gen	
<i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	gen	
<i>carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 40 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h)</i>	gen	ST
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h, er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml solution, 40 mg tab, 40 mg/5ml solution, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h, er 120 mg cap er 24h, er 160 mg cap er 24h)</i>	gen	

### **BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS**

<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	gen	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	gen	
<i>nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	gen	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	gen	
<i>nisoldipine er (er 8.5 mg tab er 24h, er 17 mg tab er 24h, er 20 mg tab er 24h, er 25.5 mg tab er 24h, er 30 mg tab er 24h, er 34 mg tab er 24h, er 40 mg tab er 24h)</i>	gen	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	spec	QL (1260 PER 21 OVER TIME)

### **BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS**

<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>diltiazem hcl er beads (er beads 240 mg cap er 24h, er beads 300 mg cap er 24h, er beads 360 mg cap er 24h, er beads 420 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 300 mg cap er 24h, er 360 mg cap er 24h, er 420 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	
<b>VERAPAMIL HCL ER (ER 100 MG CAP ER 24H, ER 120 MG CAP ER 24H, ER 120 MG TAB ER, ER 180 MG CAP ER 24H, ER 180 MG TAB ER, ER 200 MG CAP ER 24H, ER 240 MG CAP ER 24H, ER 240 MG TAB ER, ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)</b>	gen	

## **CARDIOVASCULARES, OTROS**

<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	PA
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	gen	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i>	gen	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	gen	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	gen	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	gen	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	gen	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	npd	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	gen	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	gen	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	gen	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	gen	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	gen	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	gen	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	spec	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	gen	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	gen	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	gen	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	gen	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	gen	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	gen	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	gen	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)	gen	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	gen	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	gen	
VECAMYL 2.5 MG TAB	gen	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VYNDAMAX 61 MG CAP	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

### DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

<i>fenofibrate (40 mg tab, 48 mg tab, 50 mg cap, 54 mg tab, 67 mg cap, 120 mg tab, 134 mg cap, 145 mg tab, 150 mg cap, 160 mg tab, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>	gen	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	gen	

### DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA

<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	gen	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	

### DISLIPIDÉMICOS, OTROS

<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	gen	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	gen	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	gen	
<i>colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)</i>	gen	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	gen	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	gen	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gm cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<b>NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE) 500 MG TAB</b>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (er (antihyperlipidemic) 750 mg tab er, er (antihyperlipidemic) 1000 mg tab er)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	gen	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	gen	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	brd	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	brd	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	brd	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

## **DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO**

<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	gen	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	ST

## **DIURÉTICOS, ASA**

<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	npd	
<i>furosemide (8 mg/ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	npd	
<i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	

## **DIURÉTICOS, TIAZIDAS**

<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION	npd	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	gen	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	

## **INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)**

<i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
---	-----	--

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>enalapril maleate 1 mg/ml solution</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	gen	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	gen	

## **VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA**

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

## **VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS**

<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 120 mg tab er 24h)</i>	gen
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	gen
NITRO-BID 2 % OINTMENT	brd
NITRO-DUR (0.3 MG/HR PATCH 24HR, 0.8 MG/HR PATCH 24HR)	brd
NITRO-TIME (2.5 MG CAP ER, 6.5 MG CAP ER, 9 MG CAP ER)	gen

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/spray solution, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	gen	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	gen	QL (30 PER 30 OVER TIME)
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	brd	

## **DERMATOLÓGICOS**

### **ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR**

<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	gen	
<i>adapalene (0.1 % cream, 0.1 % gel, 0.3 % gel)</i>	gen	PA
<i>adapalene-benzoyl peroxide (0.1-2.5 % gel, 0.3-2.5 % gel)</i>	gen	ST
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>avita (0.025 % cream, 0.025 % gel)</i>	gen	PA
<i>azelaic acid 15 % gel</i>	gen	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	gen	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-5 % gel)</i>	gen	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-2.5 % gel</i>	gen	ST
<i>clindamycin-tretinoin 1.2-0.025 % gel</i>	gen	ST
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	gen	
TAZORAC 0.05 % CREAM	npd	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream)</i>	gen	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS</b>		
<i>acyclovir 5 % cream</i>	gen	PA, QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	gen	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	gen	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution)</i>	gen	
<i>clindacin 1 % foam</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate (1 % foam, 1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution)</i>	gen	
<i>dapsone (5 % gel, 7.5 % gel)</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME)
ERY 2 % PAD	gen	
<i>erythromycin (2 % gel, 2 % solution)</i>	gen	
<i>mafenide acetate 5 % packet</i>	gen	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	gen	
<i>penciclovir 1 % cream</i>	gen	PA, QL (5 PER 30 OVER TIME)
SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM	npd	

## **DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR**

<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	gen	
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	gen	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	gen	
ANUSOL-HC 2.5 % CREAM	gen	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	gen	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	gen	
CAPEX 0.01 % SHAMPOO	npd	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>	gen	
<i>clobetasol propionate 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>clobetasol propionate emulsion 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>clodan 0.05 % shampoo</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>desonide 0.05 % gel</i>	gen	PA
<i>desoximetasone (0.05 % cream, 0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	gen	
<i>desoximetasone (0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.25 % liquid)</i>	gen	ST
<i>desrx 0.05 % gel</i>	gen	PA
<b>DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM</b>	gen	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	gen	
<i>fluocinonide 0.1 % cream</i>	gen	ST
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>flurandrenolide (0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	PA
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	gen	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	gen	QL (200 PER 28 OVER TIME)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	gen	
<i>hydrocortisone (perianal) ((perianal) 1 % cream, (perianal) 2.5 % cream)</i>	gen	
<i>hydrocortisone butyrate (0.1 % cream, 0.1 % solution)</i>	gen	ST
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	gen	ST
<i>mometasone furoate 0.1 % solution</i>	gen	
<i>nolix 0.05 % lotion</i>	gen	PA
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	gen	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	gen	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	gen	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>tovet 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>triamcinolone acetoneide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	gen	
<i>triamcinolone acetoneide 0.147 mg/gm aero soln</i>	gen	PA
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	gen	

## **DERMATOLÓGICOS, OTROS**

ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION	brd	
<i>avar-e emollient 10-5 % cream</i>	gen	ED
<i>avar-e green 10-5 % cream</i>	gen	ED
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment, 0.005 % solution)</i>	gen	
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>	gen	PA
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	gen	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	gen	
<i>clotrimazole-betamethasone (1-0.05 % cream, 1-0.05 % lotion)</i>	gen	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	gen	PA, QL (100 PER 30 OVER TIME)
EPIFOAM 1-1 % FOAM	brd	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % cream, 5 % solution)</i>	gen	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	gen	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	gen	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	gen	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	gen	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	gen	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	brd	
PROCTOFOAM HC 1-1 % FOAM	brd	
REGRANEX 0.01 % GEL	brd	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	brd	QL (180 PER 30 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	gen	
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	spec	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SODIUM SULFACETAMIDE-BAKUCHIOL 10 % LIQUID	gen	ED
<i>ssd 1 % cream</i>	gen	
<i>sss 10-5 10-5 % cream</i>	gen	
SSS 10-5 10-5 % FOAM	gen	ED
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	spec	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur (10-5 % lotion, 10-5 % suspension)</i>	gen	ED
<i>sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % cream</i>	gen	
TOLAK 4 % CREAM	brd	

## **PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS**

<i>ivermectin 1 % cream</i>	gen	PA, QL (45 PER 30 OVER TIME)
LINDANE 1 % SHAMPOO	gen	
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	gen	
<i>permethrin 5 % cream</i>	gen	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	gen	QL (240 PER 30 OVER TIME)

## **ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS**

### **MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES**

CHEMET 100 MG CAP	brd	
<i>clovique 250 mg cap</i>	spec	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (180 mg tab, 250 mg tab sol, 360 mg tab, 500 mg tab sol)</i>	spec	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	brd	
<i>deferasirox 90 mg tab</i>	npd	
<i>deferiprone 1000 mg tab</i>	spec	PA
<i>deferiprone 500 mg tab</i>	spec	PA, LA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	spec	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	spec	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>QUELANTES DE FOSFATO</b>		
AURYXIA 1 GM 210 MG(Fe) TAB	npd	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>calcium acetate (phos binder) (binder) 667 mg cap, binder) 667 mg tab)</i>	gen	
<i>calcium acetate 667 mg tab</i>	gen	
<i>lanthanum carbonate (500 mg chew tab, 750 mg chew tab, 1000 mg chew tab)</i>	gen	
<i>sevelamer carbonate (0.8 gm packet, 2.4 gm packet, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>sevelamer hcl (400 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<b>QUELANTES DE POTASIO</b>		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	gen	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	gen	
<i>sps 15 gm/60ml suspension</i>	gen	
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	brd	
<b>SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES</b>		
AMINOSYN II 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMINOSYN-PF 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	spec	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
HEPATAMINE 8 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
KCL (0.149%) IN NACL 20-0.9 MEQ/L-% SOLUTION	npd	
KCL (0.298%) IN NACL 40-0.9 MEQ/L-% SOLUTION	npd	
<i>kcl in dextrose-nacl ( 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	npd	
<i>klor-con (8 tab er, 20 packet)</i>	gen	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con sprinkle (8 cap er, 10 cap er)</i>	gen	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	npd	
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	npd	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>potassium chloride (10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	gen	
<i>potassium chloride (2 meq/ml solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 40 meq/100ml solution)</i>	npd	
<i>potassium chloride crys er (crys er 10 tab er, crys er 15 tab er, crys er 20 tab er)</i>	gen	
<i>potassium chloride er (er 8 cap er, er 8 tab er, er 10 cap er, er 10 tab er, er 20 tab er)</i>	gen	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	npd	
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	gen	
PREMASOL 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	npd	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	npd	

## VITAMINAS

<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution</i>	gen	ED
<i>dextrose (5 % solution, 10 % solution)</i>	npd	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	npd	
<i>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution)</i>	npd	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>dodex 1000 mcg/ml solution</i>	gen	ED
<i>effer-k 25 meq effer tab</i>	gen	ED
<i>folic acid 1 mg tab</i>	gen	ED
<i>k-prime 25 meq effer tab</i>	gen	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	npd	
<i>klor-con/ef 25 meq effer tab</i>	gen	ED
LACTATED RINGERS SOLUTION	npd	
<i>lactated ringers solution</i>	gen	
<i>levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)</i>	gen	
<i>levocarnitine sf 1 gm/10ml solution</i>	gen	
MULTI-VIT-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG/ML SOLUTION	gen	ED
<i>multi-vitamin/fluoride/iron 0.25-10 mg/ml solution</i>	gen	ED
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE (W/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, W/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, W/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
<i>multivitamins/fluoride 0.5 mg chew tab</i>	gen	ED
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	gen	
POLY-VI-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	npd	
<i>prenatal vitamins</i>	brd	
QUFLORA PEDIATRIC (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
<i>ringers solution</i>	npd	
<i>ringers irrigation solution</i>	gen	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>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)</i>	gen	
<i>tis-u-sol solution</i>	gen	
TPN ELECTROLYTES CONC	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
TRI-VITE/FLUORIDE (TRI-VITE/FLUORIDE 0.25 MG/ML SOLUTION, TRI-VITE/FLUORIDE 0.5 MG/ML SOLUTION)	gen	
VITAMINS ACD-FLUORIDE (0.25 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG/ML SOLUTION)	gen	

## **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

### **AMINOSALICILATOS**

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

### **GLUCOCORTICOIDES**

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

## **ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

<i>alendronate sodium (5 mg tab, 10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab, 70 mg/75ml solution)</i>	gen	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	gen	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap, 1 mcg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	gen	ED
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	spec	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	gen	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
NATPARA (25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE)	spec	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>paricalcitol (2 mcg/ml solution, 5 mcg/ml solution)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	npd	PA
<i>risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab, 35 mg tab, 35 mg tab dr, 150 mg tab)</i>	gen	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	spec	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	spec	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
<i>vitamin d (ergocalciferol) ((ergocalciferol) 1.25 mg (50000 ut) cap, (ergocalciferol) 50000 unit cap)</i>	gen	ED
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	spec	QL (1.7 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

## **GASTROINTESTINALES**

### **ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)**

<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen
<i>cimetidine hcl (300 mg/5ml solution, 400 mg/6.67ml solution)</i>	gen
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/5ml recon susp)</i>	gen
NIZATIDINE (15 MG/ML SOLUTION, 150 MG CAP, 300 MG CAP)	gen

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<b>ANTIDIARREICOS</b>		
<i>alose tron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	npd	PA
DIPHENOXYLATE-ATROPINE (2.5-0.025 MG TAB, 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID)	gen	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	gen	
XERMELO 250 MG TAB	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

## **ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES**

<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsyr, 1 mg/10ml soln prsyr)</i>	npd	
<i>chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), ED
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab)</i>	gen	PA
<i>ed-spaz 0.125 mg tab disp</i>	gen	ED
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>	gen	PA
<i>hyoscyamine sulfate (0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab, 0.125 mg tab disp, 0.125 mg/5ml elixir, 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	ED
<i>hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	ED
<i>hyosyne (0.125 mg/5ml elixir, 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	ED
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>nulev 0.125 mg tab disp</i>	gen	ED
<i>oscimin (0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab)</i>	gen	ED
<i>oscimin sr 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	ED
<i>pb-hyoscy-atropine-scopolamine 16.2 mg tab</i>	gen	ED
<i>pb-hyoscy-atropine-scopolamine 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), ED
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg tab</i>	gen	ED
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), ED
<i>phenohydro 16.2 mg tab</i>	gen	ED
<i>phenohydro 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), ED
<i>symax-sl 0.125 mg sl tab</i>	gen	ED
<i>symax-sr 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	ED

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

### ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	gen	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	gen	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	gen	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	gen	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	brd	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN	brd	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	gen	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln</i>	gen	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln</i>	gen	
PEG-PREP 5-210 MG-GM KIT	gen	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	brd	
RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION)	spec	PA
<i>trilyte 420 gm recon soln</i>	gen	

### GASTROINTESTINALES, OTROS

GATTEX 5 MG KIT	spec	PA, LA
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	gen	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	gen	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	brd	
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	spec	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	spec	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
<i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	

## **INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES**

<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	gen	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	gen	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)</i>	gen	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	gen	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	npd	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	gen	

## **PROTECTORES**

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

## **GENITOURINARIOS**

### **ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS**

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

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er 24h, er 4 mg cap er 24h)</i>	gen	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	gen	
<i>tropium chloride er 60 mg cap er 24h</i>	gen	

## **GENITOURINARIOS, OTROS**

<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACKET	gen	ED
ELMIRON 100 MG CAP	brd	
MUSE (125 MCG PELLETT, 250 MCG PELLETT, 500 MCG PELLETT, 1000 MCG PELLETT)	brd	PA, QL (6 PER 30 OVER TIME), ED
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	spec	PA
<i>phenazo 200 mg tab</i>	gen	ED
<i>phenazopyridine hcl (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	ED
<i>phospho-trin k500 500 mg tab</i>	gen	ED
<i>pot &amp; sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution</i>	gen	ED
<i>potassium citrate-citric acid 1100-334 mg/5ml solution</i>	gen	ED
<i>sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME), ED
<i>sod citrate-citric acid (1.5-1 gm/15ml solution, 3-2 gm/30ml solution, 500-334 mg/5ml solution)</i>	gen	ED
<i>taron-crystals 3300-1002 mg packet</i>	gen	ED
<i>tiopronin (100 mg tab, 100 mg tab dr, 300 mg tab dr)</i>	spec	PA
<i>tricitrates 550-500-334 mg/5ml solution</i>	gen	ED
<i>vardeafil hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 20 mg tab)</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME), ED

## **HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	gen	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME), ED
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	gen	

## **HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES**

### **ANTICOAGULANTES**

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	brd	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	npd	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln prsy, 120 mg/0.8ml soln prsy)</i>	npd	QL (48 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	npd	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	npd	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	npd	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	spec	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	npd	QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	spec	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	spec	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>heparin sodium (porcine) ((porcine) 1000 unit/ml solution, (porcine) 5000 unit/ml solution, (porcine) 10000 unit/ml solution, (porcine) 20000 unit/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	brd	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	brd	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY 2.08 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)

## **HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS**

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	gen	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, FREE) 25 MCG/ML SOLUTION, FREE) 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 40 MCG/ML SOLUTION, FREE) 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, FREE) 60 MCG/ML SOLUTION, FREE) 100 MCG/ML SOLUTION)	npd	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, FREE) 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, FREE) 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 200 MCG/ML SOLUTION, FREE) 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	spec	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	npd	PA
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	spec	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	spec	PA

## **HEMOSTÁTICOS**

MEPHYTON 5 MG TAB	brd	QL (5 PER 7 OVER TIME), ED
<i>phytonadione 5 mg tab</i>	gen	QL (5 PER 7 OVER TIME), ED
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

## **MODIFICADORES PLAQUETARIOS**

<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	gen	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
CABLIVI 11 MG KIT	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	gen	
<i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

## **HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)**

### **HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)**

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	gen	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	gen	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	npd	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	npd	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	gen	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	spec	PA
GENOTROPIN MINIQUICK (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	spec	PA
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	spec	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	spec	PA

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

### **ANDRÓGENOS**

<i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	gen	
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	gen	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	gen	PA, QL (150 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	gen	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone 10 mg/act (2%) gel</i>	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	gen	PA, QL (37.5 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	gen	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	gen	QL (5 PER 30 OVER TIME)

## **ESTEROIDES ANABOLIZANTES**

ANADROL-50 50 MG TAB	npd
<i>oxandrolone (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen

## **ESTRÓGENOS**

<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen
<i>amabelz (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	gen
<i>amethia 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen
<i>amethia lo 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen
<i>amethyst 90-20 mcg tab</i>	gen
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen
<i>ashlyna 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>camrese 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>camrese lo 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	gen	
<i>charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	brd	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>covaryx 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	ED
<i>covaryx hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	ED
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>daysee 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	npd	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	gen	
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	gen	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>drospiren-eth estrad-levomefol (3-0.02-0.451 mg tab, 3-0.03-0.451 mg tab)</i>	gen	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	gen	
<i>eemt 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	ED
<i>eemt hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	ED
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>est estrogens-methyltest (rogens-methylt0.625-1.25 mg tab, rogens-methylt1.25-2.5 mg tab)</i>	gen	ED
<i>est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	ED
<i>est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	ED
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	gen	QL (8 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.25 mg/0.25gm gel, 0.5 mg tab, 0.5 mg/0.5gm gel, 0.75 mg/0.75gm gel, 1 mg tab, 1 mg/gm gel, 1.25 mg/1.25gm gel, 2 mg tab, 10 mcg tab)</i>	gen	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	gen	
<i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	gen	
<b>ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)</b>	brd	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	gen	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>fayosim 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>gemmily 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jaimiess 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>layolis fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>levonorgest-eth est &amp; eth est 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	gen	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab, 90-20 mcg tab)</i>	gen	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>lopreeza 1-0.5 mg tab</i>	gen	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>melodetta 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<b>MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)</b>	npd	
<i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

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

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	npd	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	brd	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	brd	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	brd	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>rivelsa 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>simpesse 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>taysofy 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

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

## **MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS**

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

## **PROGESTINAS**

<i>camila 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	gen	
DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	npd	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	npd	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>errin 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	gen	
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	spec	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i>	npd	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	gen	PA
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	gen	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	gen	

## **HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)**

### **HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)**

<i>alclometasone dipropionate 0.05 % cream</i>	gen	
<i>anucort-hc 25 mg suppos</i>	gen	ED
<i>anusol-hc 25 mg suppos</i>	gen	ED
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	gen	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	gen	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	gen	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	spec	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	gen	
<i>desonide 0.05 % lotion</i>	gen	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	gen	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	npd	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dexamethasone sodium phosphate (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dexamethasone sodium phosphate (4 mg/ml soln prsy, 4 mg/ml solution, 20 mg/5ml solution, 120 mg/30ml solution)</i>	npd	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	gen	
HEMADY 20 MG TAB	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hemmorex-hc 25 mg suppos</i>	gen	ED
<i>hydrocortisone acetate 25 mg suppos</i>	gen	ED
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	gen	ST
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % ointment</i>	gen	
MEDROL 2 MG TAB	brd	
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	gen	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	npd	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	npd	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	spec	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	gen	
<i>prednisolone sodium phosphate (6.7 (5 base) mg/5ml solution, 10 mg/5ml solution, 15 mg/5ml solution, 20 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	gen	

## **HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)**

## **HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)**

ADTHYZA (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	
ARMOUR THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB, 240 MG TAB, 300 MG TAB)	brd	ED
<i>euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	gen	
<i>levo-t (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	brd	
<i>levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	gen	
<i>levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	brd	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	gen	
NIVA THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	ED
NP THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	ED

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	brd	
THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	ED
<i>unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	brd	

## HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	gen	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	spec	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	npd	
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	spec	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG KIT, (3-MONTH) 22.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	spec	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	spec	
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution)</i>	npd	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	spec	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION)	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	spec	
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

## **HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)**

### **ANTITIROIDEOS**

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

## **INMUNOLÓGICOS**

### **ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL**

HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	spec	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	spec	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)

### **INMUNOESTIMULANTES**

ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
INTRON A (6000000 UNIT/ML SOLUTION, 10000000 UNIT RECON SOLN, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 18000000 UNIT RECON SOLN, 50000000 UNIT RECON SOLN)	spec	LA
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)

### **INMUNOGLOBULINAS**

BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	spec	PA, LA
CARIMUNE NF (6 GM RECON SOLN, 12 GM RECON SOLN)	spec	PA
FLEBOGAMMA DIF (0.5 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)	spec	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (S/D 5 GM RECON SOLN, S/D 10 GM RECON SOLN)	spec	PA
GAMMAKED (1 GM/10ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION)	spec	PA
GAMMAPLEX (5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA, LA
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLUTION)	spec	PA, LA
PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA

## **INMUNOLÓGICOS, OTROS**

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	spec	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BEYFORTUS (50 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	npd	
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN PEN, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN PEN, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	spec	PA
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	spec	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
RIDAURA 3 MG CAP	brd	
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	spec	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ 20 MG/0.25ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA, QL (0.25 PER 28 DAYS)
TALTZ 40 MG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

## **INMUNOSUPRESORES**

<i>azasan (75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine 50 mg/ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (4.08 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (1.6 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (1.6 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (10 MG/0.1ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT)	spec	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 PEN) (PEN) 40 MG/0.4ML PEN KIT, (PEN) 40 MG/0.8ML PEN KIT)	spec	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 SYRINGE) 40 MG/0.8ML PREF SY KT	spec	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA 40 MG/0.4ML PREF SY KT	spec	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA PEN 80 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (12 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT	spec	PA, QL (4 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START 80 MG/0.8ML PREF SY KT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER 80 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>methotrexate sodium (50 mg/2ml solution, 250 mg/10ml solution, 1000 mg/40ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) ((pf) 1 gm/40ml solution, (pf) 50 mg/2ml solution, (pf) 250 mg/10ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 1 gm recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	gen	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 500 mg recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZUROCK 200 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	spec	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	npd	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

## **VACUNAS**

ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	brd	VAC
ACTHIB RECON SOLN	brd	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	brd	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	brd	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	brd	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	brd	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	brd	
DENGVAXIA RECON SUSP	brd	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	brd	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)	brd	VAC

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	brd	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	brd	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	brd	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	brd	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	brd	
IPOL INJECTABLE	brd	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	npd	
IXIARO SUSPENSION	npd	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	brd	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	
M-M-R II RECON SOLN	brd	VAC
MENACTRA SOLUTION	brd	VAC
MENQUADFI SOLUTION	brd	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	brd	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	
PEDIARIX SUSP PRSYR	brd	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	brd	
PENBRAYA RECON SUSP	brd	
PENTACEL RECON SUSP	brd	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
PRIORIX RECON SUSP	brd	VAC
PROQUAD RECON SUSP	brd	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	
RABAVERT RECON SUSP	brd	VAC
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	brd	
ROTATEQ SOLUTION	brd	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	VAC

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	brd	VAC
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	brd	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	brd	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	npd	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	brd	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	brd	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	brd	VAC
YF-VAX INJECTABLE	npd	VAC

## **MIORRELAJANTES**

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

## **OFTÁLMICOS**

### **OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS**

<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	gen	
<i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>	gen	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	gen	
<i>epinastine hcl 0.05 % solution</i>	gen	
LASTACAFT 0.25 % SOLUTION	npd	
<i>olopatadine hcl 0.2 % solution</i>	gen	
PAZEO 0.7 % SOLUTION	brd	QL (2.5 PER 30 OVER TIME)

### **OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS**

BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	gen	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>	gen	QL (2.5 PER 30 OVER TIME)
GENTAK 0.3 % OINTMENT	gen	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	gen	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	gen	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	gen	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	gen	
NATACYN 5 % SUSPENSION	brd	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	gen	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	gen	
<i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 10 % solution)</i>	gen	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	gen	
TOBEX 0.3 % OINTMENT	brd	

## **OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS**

<i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution</i>	gen	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	gen	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	gen	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	gen	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	gen	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	gen	
FML 0.1 % OINTMENT	npd	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	npd	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	brd	QL (3 PER 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	gen	
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % gel, 0.5 % suspension)</i>	gen	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	npd	
PREDNISOLONE ACETATE 1 % SUSPENSION	gen	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	gen	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	brd	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

### OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

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

### OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

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

### OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	gen	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	gen	
<i>brimonidine tartrate (0.1 % solution, 0.15 % solution, 0.2 % solution)</i>	gen	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	gen	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN	npd	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	gen	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	brd	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	brd	
<b>OFTÁLMICOS, OTROS</b>		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>altafrin (2.5 % solution, 10 % solution)</i>	gen	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	gen	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
BLEPHAMIDE 10-0.2 % SUSPENSION	brd	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	gen	
HOMATROPAIRE 5 % SOLUTION	gen	ED
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	gen	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	gen	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	gen	
<i>phenylephrine hcl (2.5 % solution, 10 % solution)</i>	gen	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>proparacaine hcl 0.5 % solution</i>	gen	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	brd	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	brd	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	npd	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	gen	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	brd	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
XIIDRA 5 % SOLUTION	brd	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	brd	

## **REGULADORES DE LA GLUCEMIA**

### **ANTIDIABÉTICOS**

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
BYETTA 10 MCG PEN 10 MCG/0.04ML SOLN PEN	npd	PA, QL (2.4 PER 28 OVER TIME)
BYETTA 5 MCG PEN 5 MCG/0.02ML SOLN PEN	npd	PA, QL (1.2 PER 28 OVER TIME)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	gen	
<i>glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	gen	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	gen	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	gen	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er 24h, er 750 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>migliol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 5 MG/0.5ML SOLN PEN, 7.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 10 MG/0.5ML SOLN PEN, 12.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 15 MG/0.5ML SOLN PEN)	brd	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	brd	PA, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN, (MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN)	brd	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	gen	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (-metformin 15-500 mg tab, -metformin 15-850 mg tab)</i>	gen	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	brd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TOLBUTAMIDE 500 MG TAB	gen	
TRADJENTA 5 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 3 MG/0.5ML SOLN PEN, 4.5 MG/0.5ML SOLN PEN)	brd	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>GLUCÉMICOS</b>		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<b>INSULINAS</b>		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	brd	INS
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (40 PER 30 OVER TIME), INS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (45 PER 30 OVER TIME), INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (18 PER 28 OVER TIME), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (18 PER 28 OVER TIME), INS
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (30 PER 30 OVER TIME), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (30 PER 30 OVER TIME), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (27 PER 30 OVER TIME), INS

## **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL**

### **ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

BETASERON 0.3 MG KIT	spec	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 20 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 40 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i> fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TYSABRI 300 MG/15ML CONC	spec	PA, LA

### **FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 40 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)

## **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL**

AUSTEDO (9 MG TAB, 12 MG TAB)	spec	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	spec	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	spec	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	spec	PA, QL (42 PER 30 OVER TIME)
<i>bac 50-325-40 mg tab</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, 50-325 mg tab)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>esgic 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
INGREZZA (60 MG CAP, 80 MG CAP)	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	spec	PA, LA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
INGREZZA 40 MG CAP	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
NUEDEXTA 20-10 MG CAP	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>riluzole 50 mg tab</i>	gen	
TENCON 50-325 MG TAB	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zebutal 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

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

<i>amphetamine sulfate 10 mg tab</i>	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine sulfate 5 mg tab</i>	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>amphetamine-dextroamphetamine (er 5 mg cap er 24h, er 10 mg cap er 24h, er 15 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 25 mg cap er 24h, er 30 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24h</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>procentra 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 15 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

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

<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab er 12h</i>	gen	
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl er (er 5 mg cap er 24h, er 10 mg cap er 24h, er 15 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 25 mg cap er 24h, er 30 mg cap er 24h, er 35 mg cap er 24h, er 40 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er 24h, er 2 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (10 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 20 mg tab)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er (cd) 10 mg cap er, er (cd) 20 mg cap er, er (cd) 40 mg cap er, er (cd) 50 mg cap er, er (cd) 60 mg cap er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap er</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER (ER 18 MG TAB ER, ER 18 MG TAB ER 24H, ER 27 MG TAB ER, ER 27 MG TAB ER 24H, ER 54 MG TAB ER, ER 54 MG TAB ER 24H)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER (ER 36 MG TAB ER, ER 36 MG TAB ER 24H)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) (er (la) 20 mg cap er 24h, er (la) 30 mg cap er 24h, er (la) 40 mg cap er 24h, er (la) 60 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (osm) (er (osm) 18 mg tab er, er (osm) 27 mg tab er, er (osm) 54 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (osm) 36 mg tab er</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

## **TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS**

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	brd
---	-----

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	brd	ED
AEROCHAMBER MV MISC	brd	ED
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	brd	
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	brd	
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE (DEVICE, MISC)	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM (DEVICE, MISC)	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL (DEVICE, MISC)	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK MISC	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU MISC	brd	ED
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL MISC	brd	ED
AEROVENT PLUS DEVICE	brd	ED
AIRIAL CHAMBER DEVICE	brd	ED
ALCOHOL 70% PADS	gen	
ALCOHOL PREP PAD	gen	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	gen	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	gen	
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
<i>argyle sterile water solution</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	brd	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	brd	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	gen	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	brd	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	brd	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	brd	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	brd	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	gen	
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT DEVICE	brd	ED
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD DEVICE	brd	ED
BREATHE EASE LARGE DEVICE	brd	ED
BREATHE EASE MEDIUM DEVICE	brd	ED
BREATHE EASE SMALL DEVICE	brd	ED
BREATHERITE MISC	brd	ED
BREATHERITE COLL SPACER ADULT MISC	brd	ED
BREATHERITE COLL SPACER CHILD MISC	brd	ED
BREATHERITE COLL SPACER INFANT MISC	brd	ED
BREATHERITE RIGID SPACER/MASK MISC	brd	ED
BREATHERITE SPACER NEONATE MISC	brd	ED
BREATHERITE SPACER SMALL CHILD MISC	brd	ED
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	brd	ED
BREATHERITE/LARGE MASK MISC	brd	ED
BREATHERITE/MEDIUM MASK MISC	brd	ED

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
BREATHERITE/SMALL MASK MISC	brd	ED
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	gen	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	ED
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	brd	
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	brd	ED
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	brd	ED
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	brd	ED
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	brd	ED
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	gen	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	gen	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	brd	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (SYRINGE/NEEDLE 29G 1/2" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EASIVENT MISC	brd	ED
EASIVENT MASK LARGE MISC	brd	ED
EASIVENT MASK MEDIUM MISC	brd	ED
EASIVENT MASK SMALL MISC	brd	ED
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (1/2" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.3 ML MISC)	brd	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	brd	
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC DEVICE	brd	ED
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	brd	ED

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M DEVICE	brd	ED
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	brd	ED
FLEXICHAMBER DEVICE	brd	ED
<i>gauze pads 2</i>	gen	
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	brd	ED
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	brd	ED
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	brd	ED
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE	brd	ED
INSPIREASE MISC	brd	ED
INSULIN PEN NEEDLES	brd	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	brd	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	brd	
INSULIN SYRINGE 1 ML	brd	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	gen	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
IWILFIN 192 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAGEVRIO 200 MG CAP	npd	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LITEAIRE DEVICE	brd	ED
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	gen	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	gen	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	gen	
MICROCHAMBER (DEVICE, MISC)	brd	ED
MICROSPACER MISC	brd	ED
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	brd	
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	brd	
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK MISC	brd	ED

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER DIAMOND (DEVICE, MISC)	brd	ED
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	brd	ED
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE MISC	brd	ED
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM MISC	brd	ED
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL MISC	brd	ED
OPTIHALER (DEVICE, MISC)	brd	ED
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	brd	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	brd	QL (60 PER 30 OVER TIME)
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
POCKET CHAMBER DEVICE	brd	ED
POCKET SPACER DEVICE	brd	ED
PRIMEAIRE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	ED
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
PRO COMFORT SPACER ADULT MISC	brd	ED
PRO COMFORT SPACER CHILD MISC	brd	ED
PRO COMFORT SPACER INFANT DEVICE	brd	ED
PROCARE SPACER/ADULT MASK DEVICE	brd	ED
PROCARE SPACER/CHILD MASK DEVICE	brd	ED
PROCHAMBER VHC DEVICE	brd	ED
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
PURE COMFORT SPACER CHAMBER DEVICE	brd	ED
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
RITEFLO DEVICE	brd	ED
<i>saline bacteriostatic 0.9 % solution</i>	npd	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	gen	
<i>sodium chloride bacteriostatic 0.9 % solution</i>	npd	
<i>sterile water for irrigation solution</i>	gen	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	brd	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	brd	
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	brd	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	brd	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	brd	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	brd	ED
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	brd	ED
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	ED

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
WATCHHALER DEVICE	brd	ED
<i>water for irrigation, sterile solution</i>	gen	

## **TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL**

### **ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES**

ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 125 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 62.5 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (270 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (90 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

### **ANTIISTAMÍNICOS**

<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 0.15 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	gen	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (23 PER 30 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	gen	PA
DES Loratadine (2.5 MG TAB DISP, 5 MG TAB DISP)	gen	ST
<i>desloratadine 5 mg tab</i>	gen	
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 10 mg/5ml syrup, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	gen	QL (30.5 PER 30 DAYS)
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution</i>	gen	PA

## **ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR**

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (34 PER 30 DAYS)
PULMICORT FLEXHALER (90 MCG/ACT AER POW BA, 180 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (2 PER 30 DAYS)

## **ANTILEUCOTRIENOS**

<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

## **BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS**

ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (25.8 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	gen	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	brd	QL (4 PER 30 DAYS)

## **BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS**

<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	gen	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	gen	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	gen	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol sulfate (0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ALBUTEROL SULFATE ER (ER 4 MG TAB ER 12H, ER 8 MG TAB ER 12H)	gen	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	gen	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALCLICK)	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	gen	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>terbutaline sulfate 1 mg/ml solution</i>	npd	

## **ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS**

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

## **FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA**

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

## **FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA**

CAYSTON 75 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	spec	QL (150 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SYMDEKO (50-75 75 MG TAB THPK, 100-150 150 MG TAB THPK)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TOBI PODHALER 28 MG CAP	spec	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

## **INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS**

<i>caffeine citrate (20 mg/ml solution, 60 mg/3ml solution)</i>	gen	
<i>elixophyllin 80 mg/15ml elixir</i>	gen	
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	gen	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
THEO-24 (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 400 MG CAP ER 24H)	brd	
<i>theophylline (80 mg/15ml elixir, 80 mg/15ml solution)</i>	gen	
<i>theophylline er (er 100 mg tab er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg tab er 12h, er 400 mg tab er 24h, er 450 mg tab er 12h, er 600 mg tab er 24h)</i>	gen	

## **TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL**

<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>benzonatate (100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	ED
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (10.7 PER 28 DAYS)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyndra (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	brd	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>bromfed dm 2-30-10 mg/5ml syrup</i>	gen	ED
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	brd	QL (10.2 PER 30 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	gen	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>g tussin ac 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>guaiaatussin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml solution, 200-20 mg/10ml solution)</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp</i>	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydromet 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>maxi-tuss ac 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>nebusal 3 % nebu soln</i>	gen	ED
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA, QL (0.4 PER 28 OVER TIME)
<i>promethazine vc 6.25-5 mg/5ml syrup</i>	gen	PA
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml syrup</i>	gen	PA, ED
<i>promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup</i>	gen	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>pseudoeph-bromphen-dm 30-2-10 mg/5ml syrup</i>	gen	ED
<i>pulmosal 7 % nebu soln</i>	gen	ED
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride (3 % nebu soln, 7 % nebu soln, 10 % nebu soln)</i>	gen	ED
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>virtussin a/c 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>virtussin ac w/alc 100-10 mg/5ml liquid</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	gen	QL (60 PER 30 DAYS)

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

ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (500 MG RECON SOLN, 1000 MG RECON SOLN)	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	spec	
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	spec	PA, LA, QL (30 PER 1 DAYS)
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	spec	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	spec	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	spec	PA, LA, QL (18 PER 1 DAYS)
CERDELGA 84 MG CAP	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLN	spec	PA, LA
CHOLBAM 250 MG CAP	spec	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
CHOLBAM 50 MG CAP	spec	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	brd	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	gen	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	npd	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	spec	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>javygtor (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	spec	PA
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>miglustat 100 mg cap</i>	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	spec	PA
PROCYSBI (25 MG CAP DR, 75 MG CAP DR)	spec	PA, LA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	spec	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	spec	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	spec	PA, LA
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	spec	PA, LA
VYNDAQEL 20 MG CAP	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>yargesa 100 mg cap</i>	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
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)	npd	

## TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

### DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

<i>estazolam (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
FLURAZEPAM HCL (15 MG CAP, 30 MG CAP)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam (22.5 mg cap, 30 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>temazepam 15 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 7.5 mg cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab er</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

## **EUGEROICOS**

<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)

## **Uncategorized**

### **Unclassified**

RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## **ÓTICOS**

CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	npd	
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	gen	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	brd	
DERMOTIC 0.01 % OIL	brd	
<i>flac 0.01 % oil</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	gen	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	gen	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	gen	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	gen	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xi



# Índice de medicamentos

## A

abacavir sulfate	45	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK	102
abacavir sulfate-lamivudine	45	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	102
abacavir-lamivudine-zidovudine	45	AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	102
ABELCET	23	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	102
ABILIFY ASIMTUFII	39	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	102
ABILIFY MAINTENA	39	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	102
abiraterone acetate	26	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	102
ABRYSVO	89	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	102
acamprosate calcium	7	AEROVENT PLUS	102
acarbose	95	afirmelle	73
accutane	56	AIMOVIG	25
acebutolol hcl	48	AIRIAL CHAMBER	102
acetaminophen-codeine	1	ak-poly-bac	94
acetazolamide	50	AKEEGA	27
acetazolamide er	93	ala-cort	57
acetic acid	7	albendazole	36
acetylcysteine	111	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	109
acitretin	56	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	109
ACTHIB	89	ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	109
ACTIMMUNE	85	albuterol sulfate	109
acyclovir	43,57	ALBUTEROL SULFATE ER	110
acyclovir sodium	43	albuterol sulfate hfa	110
ADACEL	89	alclometasone dipropionate	57,81
adapalene	56	ALCOHOL 70% PADS	102
adapalene-benzoyl peroxide	56	ALCOHOL PREP	102
adefovir dipivoxil	42	ALCOHOL PREP PADS	102
ADEMPAS	108	ALCOHOL SWABSTICK	102
ADTHYZA	83	alcohol wipes	102
ADVAIR HFA	111	ALDURAZYME	113
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	101	ALECENSA	30
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER	102	alendronate sodium	64
AEROCHAMBER MINI CHAMBER	102	alfuzosin hcl er	69
AEROCHAMBER MV	102	ALINIA	36
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE	102	aliskiren fumarate	50
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	102	allopurinol	24
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM	102	alosetron hcl	66
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	102	alprazolam	5
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	102	alprazolam er	5
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	102	ALPRAZOLAM INTENSOL	5

alprazolam xr	5	anagrelide hcl	71
altafrin	94	ANALPRAM-HC	59
altavera	73	anastrozole	30
ALUNBRIG	30,31	ANORO ELLIPTA	111
alyacen 1/35	73	anucort-hc	81
alyacen 7/7/7	73	ANUSOL-HC	57
alyq	108	anusol-hc	81
amabelz	73	APAP-CAFF-DIHYDROCODEINE	1
amantadine hcl	38	apomorphine hcl	37
ambrisentan	108	apraclonidine hcl	93
amethia	73	aprepitant	22
amethia lo	73	APRETUDE	43
amethyst	73	apri	73
amikacin sulfate	7	APTIOM	17
amiloride hcl	54	APTIVUS	43
amiloride-hydrochlorothiazide	50	AQ INSULIN SYRINGE	102
AMINOSYN II	61	AQINJECT PEN NEEDLE	102
AMINOSYN-PF	61	ARALAST NP	113
amiodarone hcl	47	aranelle	73
amitriptyline hcl	21	ARANESP (ALBUMIN FREE)	71
amlodipine besy-benazepril hcl	50	ARCALYST	86
amlodipine besylate	49	AREXVY	89
amlodipine besylate-valsartan	51	arformoterol tartrate	110
amlodipine-atorvastatin	51	argyle sterile water	102
amlodipine-olmesartan	51	aripiprazole	39
amlodipine-valsartan-hctz	51	ARISTADA	39
ammonium lactate	57	ARISTADA INITIO	40
amnesteem	56	armodafinil	115
amoxapine	21	ARMOUR THYROID	83
amoxicillin	10	ARNUIITY ELLIPTA	109
amoxicillin-pot clavulanate	10	ascomp-codeine	1
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	10	asenapine maleate	40
amphetamine sulfate	99	ashlyna	73
amphetamine-dextroamphet er	100	aspirin-dipyridamole er	71
amphetamine-dextroamphetamine	100	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	103
AMPHOTERICIN B	23	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	103
amphotericin b liposome	23	atazanavir sulfate	43
ampicillin	10	atenolol	48
ampicillin sodium	10	atenolol-chlorthalidone	51
ampicillin-sulbactam sodium	10	atomoxetine hcl	100,101
ANADROL-50	73	atorvastatin calcium	53

atovaquone	36	BACITRACIN	91
atovaquone-proguanil hcl	36	bacitracin-polymyxin b	94
atropine sulfate	66,94	baclofen	22
ATROVENT HFA	109	balsalazide disodium	64
aubra	73	BALVERSA	31
aubra eq	73	balziva	74
AUGMENTIN	10	BAQSIMI ONE PACK	97
AUGTYRO	28	BAQSIMI TWO PACK	97
AUM ALCOHOL PREP PADS	103	BARACLUDGE	42
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	103	BCG VACCINE	89
AUM PEN NEEDLE	103	BD INSULIN SYRINGE	103
aurovela 1.5/30	73	BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM	
aurovela 1/20	73	MISC	103
aurovela 24 fe	73	BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	
aurovela fe 1.5/30	73	MISC	103
aurovela fe 1/20	73	BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM	
AURYXIA	61	MISC	103
AUSTEDO	99	BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM	
AUSTEDO XR	99	MISC	103
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	99	bekyree	74
AUVELITY	18	benazepril hcl	54
avar-e emollient	59	benazepril-hydrochlorothiazide	51
avar-e green	59	BENLYSTA	86
aviane	73	BENZNIDAZOLE	37
avidoxy	13	benzonatate	111
avita	56	benzoyl peroxide-erythromycin	56
ayuna	74	benztropine mesylate	38
AYVAKIT	28	bepotastine besilate	91
azasan	87	BESIVANCE	12
azathioprine	87	BESREMI	28
AZATHIOPRINE SODIUM	87	betaine	113
azelaic acid	56	betamethasone dipropionate	57,81
azelastine hcl	91,108	betamethasone dipropionate aug	57,81
azelastine-fluticasone	108	betamethasone valerate	57
azithromycin	11	BETASERON	98
aztreonam	7	betaxolol hcl	48,93
azurette	74	bethanechol chloride	69
<b>B</b>		BETIMOL	93
bac	99	BETOPTIC-S	93
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	94	BEVESPI AEROSPHERE	111
		bexarotene	36

BEXSERO	89	brimonidine tartrate	93
BEYFORTUS	86	brimonidine tartrate-timolol	94
bicalutamide	26	brinzolamide	93
BICILLIN C-R	10	BRIVIACT	13
BICILLIN C-R 900/300	11	bromfed dm	111
BICILLIN L-A	11	bromfenac sodium (once-daily)	92
BIKTARVY	43	bromocriptine mesylate	37
bimatoprost	93	BRUKINSA	28
BIOGUARD GAUZE SPONGES	103	budesonide	64,109
bisoprolol fumarate	48	budesonide er	64
bisoprolol-hydrochlorothiazide	51	budesonide-formoterol fumarate	111
BIVIGAM	85	bumetanide	54
BLEPHAMIDE	94	buprenorphine	3
blisovi 24 fe	74	buprenorphine hcl	6
blisovi fe 1.5/30	74	buprenorphine hcl-naloxone hcl	6
blisovi fe 1/20	74	bupropion hcl	18,19
BOOSTRIX	89	bupropion hcl er (smoking det)	6,19
bosentan	108	bupropion hcl er (sr)	19
BOSULIF	31	bupropion hcl er (xl)	19
BRAFTOVI	31	bupirone hcl	5
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT	103	butalbital-acetaminophen	99
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD	103	butalbital-apap-caff-cod	1
BREATHE EASE LARGE	103	butalbital-apap-caffeine	99
BREATHE EASE MEDIUM	103	butalbital-asa-caff-codeine	1
BREATHE EASE SMALL	103	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	4
BREATHERITE	103	butorphanol tartrate	1
BREATHERITE COLL SPACER ADULT	103	BYETTA 10 MCG PEN	95
BREATHERITE COLL SPACER CHILD	103	BYETTA 5 MCG PEN	95
BREATHERITE COLL SPACER INFANT	103	BYLVAY	113
BREATHERITE RIGID SPACER/MASK	103	BYLVAY (PELLETS)	113
BREATHERITE SPACER NEONATE	103		
BREATHERITE SPACER SMALL CHILD	103	<b>C</b>	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER	103	CABENUVA	46
BREATHERITE/LARGE MASK	103	cabergoline	84
BREATHERITE/MEDIUM MASK	103	CABLIVI	72
BREATHERITE/SMALL MASK	104	CABOMETYX	31
BREO ELLIPTA	111	caffeine citrate	111
breynd	111	calcipotriene	59
BREZTRI AEROSPHERE	111	calcipotriene-betameth diprop	59
briellyn	74	calcitonin (salmon)	64
BRILINTA	71	calcitrene	59

CALCITRIOL.....	59,64	cefixime.....	9
calcitriol.....	64	CEFOTAXIME SODIUM.....	9
calcium acetate.....	61	cefotetan disodium.....	9
calcium acetate (phos binder).....	61	cefoxitin sodium.....	9
CALQUENCE.....	31	cefpodoxime proxetil.....	9
camila.....	80	cefprozil.....	10
camrese.....	74	ceftazidime.....	10
camrese lo.....	74	ceftriaxone sodium.....	10
candesartan cilexetil.....	47	cefuroxime axetil.....	10
candesartan cilexetil-hctz.....	51	cefuroxime sodium.....	10
CAPASTAT SULFATE.....	25	celecoxib.....	4
CAPEX.....	57	cephalexin.....	10
CAPLYTA.....	40	CERDELGA.....	113
CAPRELSA.....	31	CEREZYME.....	113
captopril.....	55	cetirizine hcl.....	108
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	51	cevimeline hcl.....	46
carbamazepine.....	17	charlotte 24 fe.....	74
carbamazepine er.....	17	chateal.....	74
carbidopa.....	38	chateal eq.....	74
carbidopa-levodopa.....	38	CHEMET.....	60
carbidopa-levodopa er.....	38	CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE.....	7
carbidopa-levodopa-entacapone.....	38	chlordiazepoxide-clidinium.....	66
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	104	chlorhexidine gluconate.....	46
carglumic acid.....	61	chloroquine phosphate.....	37
CARIMUNE NF.....	85	chlorpromazine hcl.....	38
carisoprodol.....	91	chlorthalidone.....	54
CARTEOLOL HCL.....	93	CHOLBAM.....	113
cartia xt.....	49	cholestyramine.....	53
carvedilol.....	48	cholestyramine light.....	53
carvedilol phosphate er.....	48	ciclodan.....	57
caspofungin acetate.....	23	ciclopirox.....	57
cataflam.....	4	ciclopirox olamine.....	23
CAYSTON.....	110	cilostazol.....	72
caziant.....	74	CILOXAN.....	12
CEFACTOR.....	9	CIMDUO.....	45
CEFACTOR ER.....	9	cimetidine.....	65
cefadroxil.....	9	cimetidine hcl.....	65
cefazolin sodium.....	9	cinacalcet hcl.....	65
cefdinir.....	9	CIPRO HC.....	115
CEFDITOREN PIVOXIL.....	9	ciprofloxacin.....	12
CEFEPIME HCL.....	9	ciprofloxacin hcl.....	12

CIPROFLOXACIN HCL.....	115	codeine sulfate.....	1
ciprofloxacin in d5w.....	12	colchicine.....	24
ciprofloxacin-dexamethasone.....	115	colchicine-probenecid.....	24
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF.....	115	colesevelam hcl.....	53
citalopram hydrobromide.....	19	colestipol hcl.....	53
claravis.....	56	colistimethate sodium (cba).....	8
clarithromycin.....	11	COMBIVENT RESPIMAT.....	112
clarithromycin er.....	12	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	31
CLEOCIN.....	7	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	31
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	104	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	31
CLIMARA PRO.....	74	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	104
clindacin.....	57	COMPACT SPACE CHAMBER.....	104
clindacin etz.....	7	COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK.....	104
clindacin-p.....	7	COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK.....	104
clindamycin hcl.....	7	COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK.....	104
clindamycin palmitate hcl.....	8	COMPLERA.....	44
clindamycin phos-benzoyl perox.....	56	compro.....	21
clindamycin phosphate.....	8,57	constulose.....	67
clindamycin phosphate in d5w.....	8	COPAXONE.....	98
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	8	COPIKTRA.....	31
clindamycin-tretinoin.....	56	CORLANOR.....	51
CLINDESSE.....	8	CORTIFOAM.....	64
clobazam.....	15,16	CORTISONE ACETATE.....	82
clobetasol prop emollient base.....	57,82	CORTISPORIN-TC.....	115
clobetasol propionate.....	57	CORTROPHIN.....	82
clobetasol propionate e.....	82	COTELLIC.....	31
clobetasol propionate emulsion.....	57	covaryx.....	74
clodan.....	57	covaryx hs.....	74
clomipramine hcl.....	21	CREON.....	113
clonazepam.....	5	CRESEMBA.....	23
clonidine.....	47	CRIXIVAN.....	43
clonidine hcl.....	47	cromolyn sodium.....	91,110,113
clonidine hcl er.....	101	cryselle-28.....	74
clopidogrel bisulfate.....	72	CRYSVITA.....	61
clorazepate dipotassium.....	5,6	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	104
clotrimazole.....	23	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	104
clotrimazole-betamethasone.....	59	cvs isopropyl alcohol wipes.....	104
clovique.....	60	cyanocobalamin.....	62
clozapine.....	39	cyclafem 1/35.....	74
COARTEM.....	37	cyclafem 7/7/7.....	74
CODEINE SULFATE.....	1	cyclobenzaprine hcl.....	91

CYCLOPHOSPHAMIDE.....	26
cyclosporine.....	87
cyclosporine modified.....	87
cyproheptadine hcl.....	108
cyred.....	74
cyred eq.....	74
CYSTAGON.....	113
CYSTARAN.....	113
CYTRA K CRYSTALS.....	69

## D

dabigatran etexilate mesylate.....	70
dalfampridine er.....	98
danazol.....	72
dantrolene sodium.....	22
dapsone.....	25,57
DAPTACEL.....	89
daptomycin.....	8
darifenacin hydrobromide er.....	68
darunavir.....	43
dasetta 1/35.....	74
dasetta 7/7/7.....	74
DAURISMO.....	31
daysee.....	74
deblitane.....	80
decadron.....	82
deferasirox.....	60
deferiprone.....	60
DELSTRIGO.....	44
delyla.....	74
demeclocycline hcl.....	13
DENGVAXIA.....	89
DEPO-ESTRADIOL.....	74
DEPO-PROVERA.....	80
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	80
depo-testosterone.....	72
DERMOTIC.....	115
DESCOVY.....	45
desipramine hcl.....	21
DESLORATADINE.....	108
desloratadine.....	108
desmopressin ace spray refrig.....	72
desmopressin acetate.....	72
desmopressin acetate pf.....	72
desmopressin acetate spray.....	72
desogestrel-ethinyl estradiol.....	74
desonide.....	58,82
desoximetasone.....	58
desrx.....	58
desvenlafaxine succinate er.....	19,20
dexamethasone.....	82
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	82
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	82
dexamethasone sod phosphate pf.....	82
dexamethasone sodium phosphate.....	82
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	92
dexmethylphenidate hcl.....	101
dexmethylphenidate hcl er.....	101
dextroamphetamine sulfate.....	100
dextroamphetamine sulfate er.....	100
dextrose.....	62
dextrose in lactated ringers.....	62
dextrose-sodium chloride.....	62
DIACOMIT.....	13,14
diazepam.....	6,16
DIAZEPAM.....	16
diazepam intensol.....	6
diazoxide.....	97
diclofenac potassium.....	4
diclofenac sodium.....	4,59,92
diclofenac sodium er.....	4
diclofenac-misoprostol.....	4
dicloxacillin sodium.....	11
dicyclomine hcl.....	66
DIDANOSINE.....	45
DIFICID.....	12
DIFLORASONE DIACETATE.....	58
diflunisal.....	4
difluprednate.....	92
digitek.....	51
digox.....	51
digoxin.....	51

dihydroergotamine mesylate.....	25	doxazosin mesylate.....	48
DILANTIN.....	17	doxepin hcl.....	21
DILANTIN INFATABS.....	17	doxercalciferol.....	65
dilt-xr.....	49	doxy 100.....	13
diltiazem hcl.....	49	doxycycline.....	13
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	50	doxycycline hyclate.....	13
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	50	doxycycline monohydrate.....	13
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	50	doxylamine-pyridoxine.....	21
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	50	DRIZALMA SPRINKLE.....	98
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	50	dronabinol.....	22
diltiazem hcl er.....	50	DROPLET MICRON.....	104
diltiazem hcl er beads.....	50	DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	104
dimethyl fumarate.....	98	drosipren-eth estrad-levomefol.....	75
dimethyl fumarate starter pack.....	98	drosiprenone-ethinyl estradiol.....	75
DIPENTUM.....	64	DROXIA.....	27
DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	66	droxidopa.....	47
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	89	duloxetine hcl.....	98
dipyridamole.....	72	DUPIXENT.....	86
disopyramide phosphate.....	47	dutasteride.....	69
disulfiram.....	7	dutasteride-tamsulosin hcl.....	69
DIURIL.....	54	dvorah.....	1
divalproex sodium.....	14	<b>E</b>	
divalproex sodium er.....	14	E.E.S. 400.....	12
dodex.....	63	EASIVENT.....	104
dofetilide.....	48	EASIVENT MASK LARGE.....	104
dolishale.....	74	EASIVENT MASK MEDIUM.....	104
donepezil hcl.....	18	EASIVENT MASK SMALL.....	104
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	18	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	104
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	18	EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	104
dorzolamide hcl.....	93	ec-naproxen.....	4
dorzolamide hcl-timolol mal.....	94	econazole nitrate.....	23
dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	94	ed-spaz.....	66
dotti.....	74	EDURANT.....	44
DOVATO.....	43	eemt.....	75
		eemt hs.....	75
		EFAVIRENZ.....	44
		efavirenz.....	44
		efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	44
		efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	44
		effeR-k.....	63



EGRIFTA SV	72	EPROSARTAN MESYLATE	47
ELAPRASE	114	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC	104
elinest	75	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L	104
ELIQUIS	70	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M	105
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	70	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S	105
elixophyllin	111	EQUETRO	46
ELMIRON	69	ergocalciferol	65
eluryng	75	ERGOLOID MESYLATES	18
EMBRACE PEN NEEDLES	104	ERGOTAMINE-CAFFEINE	25
EMCYT	27	ERIVEDGE	31
emoquette	75	ERLEADA	26
EMSAM	19	erlotinib hcl	32
emtricitabine	45	errin	81
emtricitabine-tenofovir df	45	ertapenem sodium	11
EMTRIVA	45	ERY	57
enalapril maleate	55	ery-tab	12
enalapril-hydrochlorothiazide	51	erythrocin lactobionate	12
ENBREL	87	ERYTHROCIN STEARATE	12
ENBREL SURECLICK	87	erythromycin	12,57,91
endocet	1	erythromycin base	12
ENGERIX-B	89	erythromycin ethylsuccinate	12
enilloring	75	erythromycin lactobionate	12
enoxaparin sodium	70	escitalopram oxalate	20
enpresse-28	75	esgic	99
enskyce	75	esomeprazole magnesium	68
entacapone	38	est estrogens-methyltest	75
entecavir	42	est estrogens-methyltest ds	75
ENTRESTO	51	est estrogens-methyltest hs	75
enulose	67	estarylla	75
ENVARUSUS XR	87	estazolam	114
EPCLUSA	42	estradiol	75
EPIDIOLEX	14	estradiol valerate	75
EPIFOAM	59	estradiol-norethindrone acet	75
epinastine hcl	91	ESTRING	75
epinephrine	110	eszopiclone	114
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	110	ethambutol hcl	25
epitol	17	ethosuximide	17
EPIVIR HBV	42	ethynodiol diac-eth estradiol	75
eplerenone	54	etodolac	4
EPRONTIA	14	etodolac er	4
		etonogestrel-ethinyl estradiol	75

etravirine	44
euthyrox	83
everolimus	32,87
EVOTAZ	44
exemestane	30
EXKIVITY	28
ezetimibe	53
ezetimibe-simvastatin	53

## F

falmina	75
famciclovir	43
famotidine	65
FANAPT	40
FANAPT TITRATION PACK	40
FARXIGA	95
fayosim	76
febuxostat	24
felbamate	14
felodipine er	49
femynor	76
fenofibrate	53
fenofibrate micronized	53
fenofibric acid	53
fentanyl	3
FENTANYL CITRATE	1
FERRIPROX	60
fesoterodine fumarate er	68
FETZIMA	20
FETZIMA TITRATION	20
finasteride	69
fingolimod hcl	98
FINTEPLA	14
finzala	76
FIRMAGON	84
FIRMAGON (240 MG DOSE)	84
flac	115
flavoxate hcl	68
FLEBOGAMMA DIF	85
flecainide acetate	48
FLEXICHAMBER	105
fluconazole	23
fluconazole in sodium chloride	23
flucytosine	23
fludrocortisone acetate	82
flunisolide	109
fluocinolone acetonide	58,116
fluocinolone acetonide body	58
fluocinolone acetonide scalp	58
fluocinonide	58
fluocinonide emulsified base	58
fluorometholone	92
fluorouracil	59
fluoxetine hcl	20
FLUOXETINE HCL	20
FLUOXETINE HCL (PMDD)	20
fluphenazine decanoate	38
FLUPHENAZINE HCL	38,39
flurandrenolide	58
FLURAZEPAM HCL	114
FLURBIPROFEN	4
FLURBIPROFEN SODIUM	92
flutamide	26
fluticasone propionate	58,109
fluticasone-salmeterol	112
FLUTICASONE-SALMETEROL	112
fluvastatin sodium	53
fluvastatin sodium er	53
fluvoxamine maleate	20
fluvoxamine maleate er	20
FML	92
FML FORTE	92
folic acid	63
fondaparinux sodium	70
formoterol fumarate	110
FORTEO	65
fosamprenavir calcium	44
fosfomycin tromethamine	8
fosinopril sodium	55
fosinopril sodium-hctz	51
FOTIVDA	28
FRUZAQLA	32

fulvestrant	27
furosemide	54
FUZEON	46
fyavolv	76
FYCOMPA	14

## G

g tussin ac	112
gabapentin	16
galantamine hydrobromide	18
galantamine hydrobromide er	18
GAMMAGARD	86
GAMMAGARD S/D LESS IGA	86
GAMMAKED	86
GAMMAPLEX	86
GAMUNEX-C	86
GARDASIL 9	89
gatifloxacin	92
GATTEX	67
gauze pads 2	105
GAVILYTE-C	67
gavilyte-g	67
gavilyte-n with flavor pack	67
GAVRETO	32
gefitinib	32
gemfibrozil	53
gemmily	76
GEMTESA	68
generlac	67
gengraf	87
GENOTROPIN	72
GENOTROPIN MINIQUICK	72
GENTAK	92
gentamicin sulfate	7,92
GENVOYA	43
gianvi	76
GILOTRIF	32
GLEOSTINE	26
glimepiride	95
glipizide	95
glipizide er	95
glipizide xl	95
glipizide-metformin hcl	95
GLUCAGEN HYPOKIT	97
GLUCAGON EMERGENCY	97
glyburide	95
GLYBURIDE MICRONIZED	95
glyburide-metformin	95
glycopyrrolate	66
GLYXAMBI	95
GOLYTELY	67
granisetron hcl	22
griseofulvin microsize	23
griseofulvin ultramicrosize	23
guaiaatussin ac	112
guaifenesin ac	112
guaifenesin-codeine	112
guanfacine hcl	47
guanfacine hcl er	101
GUANIDINE HCL	25
GYNAZOLE-1	23

## H

HADLIMA	88
HADLIMA PUSH TOUCH	88
HAEGARDA	85
hailey 1.5/30	76
hailey 24 fe	76
hailey fe 1.5/30	76
hailey fe 1/20	76
halobetasol propionate	58
haloette	76
haloperidol	39
haloperidol decanoate	39
haloperidol lactate	39
HARVONI	42
HAVRIX	90
heather	81
HEMADY	82
hemmorex-hc	82
heparin sodium (porcine)	70
heparin sodium (porcine) pf	70

HEPATAMINE.....	61	hydrocortisone valerate.....	58,82
HEPLISAV-B.....	90	hydrocortisone-acetic acid.....	116
HIBERIX.....	90	hydromet.....	112
HIZENTRA.....	86	hydromorphone hcl.....	2
HOMATROPAIRE.....	94	HYDROMORPHONE HCL.....	2
HUMALOG.....	97	hydromorphone hcl er.....	3
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	97	hydroxychloroquine sulfate.....	37
HUMALOG KWIKPEN.....	97	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE.....	81
HUMALOG MIX 50/50.....	97	hydroxyurea.....	27
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	97	hydroxyzine hcl.....	108
HUMALOG MIX 75/25.....	97	hydroxyzine pamoate.....	108
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	97	hyoscyamine sulfate.....	66
HUMIRA.....	88	hyoscyamine sulfate er.....	66
HUMIRA (2 PEN).....	88	hyosyne.....	66
HUMIRA (2 SYRINGE).....	88		
HUMIRA PEN.....	88	<b>I</b>	
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER.....	88	ibandronate sodium.....	65
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER.....	88	IBRANCE.....	32
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	88	ibu.....	4
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER.....	88	ibuprofen.....	4
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START.....	88	icatibant acetate.....	85
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER.....	88	iclevia.....	76
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER.....	88	ICLUSIG.....	32
HUMULIN 70/30.....	97	icosapent ethyl.....	53
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	97	IDHIFA.....	28
HUMULIN N.....	97	ILARIS.....	86
HUMULIN N KWIKPEN.....	97	ILEVRO.....	92
HUMULIN R.....	97	imatinib mesylate.....	32
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	97	IMBRUVICA.....	32
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	97	imipenem-cilastatin.....	11
hydralazine hcl.....	55	imipramine hcl.....	21
hydrochlorothiazide.....	54	imiquimod.....	59
hydrocod poli-chlorphe poli er.....	112	IMOVAX RABIES.....	90
hydrocodone bit-homatrop mbr.....	112	incassia.....	81
hydrocodone-acetaminophen.....	1	INCRELEX.....	72
hydrocodone-ibuprofen.....	1	indapamide.....	54
hydrocortisone.....	58,64	indomethacin.....	4
hydrocortisone (perianal).....	58	indomethacin er.....	4
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE.....	59	INFANRIX.....	90
hydrocortisone acetate.....	82	INGREZZA.....	99
hydrocortisone butyrate.....	58,82	INLYTA.....	32

INQOVI.....	27	isradipine.....	49
INREBIC.....	28	itraconazole.....	23
INSPIRACHAMBER/LARGE.....	105	ivabradine hcl.....	51
INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	105	ivermectin.....	36,60
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE.....	105	IWILFIN.....	105
INSPIRACHAMBER/SMALL.....	105	IXCHIQ.....	90
INSPIREASE.....	105	IXIARO.....	90
INSULIN LISPRO.....	97	<b>J</b>	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	97	jaimiess.....	76
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	98	JAKAFI.....	32
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	98	jantoven.....	70
INSULIN PEN NEEDLES.....	105	JANUMET.....	95
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	105	JANUMET XR.....	95
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	105	JANUVIA.....	95
INSULIN SYRINGE 1 ML.....	105	JARDIANCE.....	95
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	105	jasmiel.....	76
INSUPEN PEN NEEDLES.....	105	javygtor.....	114
INTELENCE.....	44	JAYPIRCA.....	32,33
INTRALIPID.....	61	jencycla.....	81
INTRON A.....	85	JENTADUETO.....	95
introvale.....	76	JENTADUETO XR.....	95
INVEGA HAFYERA.....	40	jinteli.....	76
INVEGA SUSTENNA.....	40	jolessa.....	76
INVEGA TRINZA.....	40	juleber.....	76
IPOL.....	90	JULUCA.....	43
ipratropium bromide.....	109	junel 1.5/30.....	76
ipratropium-albuterol.....	112	junel 1/20.....	76
irbesartan.....	47	junel fe 1.5/30.....	76
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	51	junel fe 1/20.....	76
ISENTRESS.....	43	junel fe 24.....	76
ISENTRESS HD.....	43	JYNNEOS.....	90
isibloom.....	76	<b>K</b>	
isoniazid.....	25	k-prime.....	63
ISONIAZID.....	26	kaitlib fe.....	76
isopropyl alcohol.....	105	kalliga.....	76
isopropyl alcohol wipes.....	105	KALYDECO.....	110
isosorb dinitrate-hydralazine.....	51	kariva.....	76
isosorbide dinitrate.....	55	KCL (0.149%) IN NAACL.....	61
isosorbide mononitrate.....	55	KCL (0.298%) IN NAACL.....	61
isosorbide mononitrate er.....	55		
isotretinoin.....	56		

kcl in dextrose-nacl . . . . .	61	lamotrigine . . . . .	14
KCL-LACTATED RINGERS-D5W . . . . .	63	lamotrigine er . . . . .	14
kelnor 1/35 . . . . .	76	lamotrigine starter kit-blue . . . . .	14
kelnor 1/50 . . . . .	76	lamotrigine starter kit-green . . . . .	14
KEPIVANCE . . . . .	46	lamotrigine starter kit-orange . . . . .	14
KERENDIA . . . . .	95	LANREOTIDE ACETATE . . . . .	84
ketoconazole . . . . .	23	lansoprazole . . . . .	68
ketodan . . . . .	23	lanthanum carbonate . . . . .	61
ketorolac tromethamine . . . . .	92	LANTUS . . . . .	98
KINRIX . . . . .	90	LANTUS SOLOSTAR . . . . .	98
kionex . . . . .	61	lapatinib ditosylate . . . . .	33
KISQALI (200 MG DOSE) . . . . .	33	larin 1.5/30 . . . . .	76
KISQALI (400 MG DOSE) . . . . .	33	larin 1/20 . . . . .	76
KISQALI (600 MG DOSE) . . . . .	33	larin 24 fe . . . . .	76
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) . . . . .	28	larin fe 1.5/30 . . . . .	77
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) . . . . .	28	larin fe 1/20 . . . . .	77
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) . . . . .	28	larissia . . . . .	77
klayesta . . . . .	23	LASTACAFT . . . . .	91
klor-con . . . . .	61	latanoprost . . . . .	93
klor-con 10 . . . . .	61	layolis fe . . . . .	77
klor-con m10 . . . . .	62	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR . . . . .	42
klor-con m15 . . . . .	62	leena . . . . .	77
klor-con m20 . . . . .	62	leflunomide . . . . .	88
klor-con sprinkle . . . . .	62	lenalidomide . . . . .	27
klor-con/ef . . . . .	63	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . . .	33
KOSELUGO . . . . .	28	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . . .	33
kourzeq . . . . .	46	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . . .	33
KRAZATI . . . . .	28	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . . .	33
kurvelo . . . . .	76	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . . .	33
		LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . . .	33
		LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . . .	33
		LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . . .	33
		lessina . . . . .	77
		letrozole . . . . .	30
		leucovorin calcium . . . . .	28
		LEUKERAN . . . . .	26
		leuprolide acetate . . . . .	84
		levaltbuterol hcl . . . . .	110
		LEVALBUTEROL TARTRATE . . . . .	110
		levetiracetam . . . . .	14
		levetiracetam er . . . . .	14
<b>L</b>			
l-glutamine . . . . .	114		
labetalol hcl . . . . .	48		
lacosamide . . . . .	17		
LACTATED RINGERS . . . . .	63		
lactated ringers . . . . .	63		
lactulose . . . . .	67		
lactulose encephalopathy . . . . .	67		
LAGEVRIO . . . . .	105		
lamivudine . . . . .	42,45		
lamivudine-zidovudine . . . . .	45		

levo-t.....	83	loestrin fe 1.5/30.....	77
LEVOBUNOLOL HCL.....	93	loestrin fe 1/20.....	77
levocarnitine.....	63	lojaimiess.....	77
levocarnitine sf.....	63	LONSURF.....	28
levocetirizine dihydrochloride.....	108	loperamide hcl.....	66
levofloxacin.....	12	lopinavir-ritonavir.....	44
LEVOFLOXACIN.....	92	lopreeza.....	77
levofloxacin in d5w.....	12	lorazepam.....	6
levonest.....	77	lorazepam intensol.....	6
levonorg-eth estrad triphasic.....	77	LORBRENA.....	33
levonorgest-eth est & eth est.....	77	lorcet.....	2
levonorgest-eth estrad 91-day.....	77	lorcet hd.....	2
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	77	loryna.....	77
levora 0.15/30 (28).....	77	losartan potassium.....	47
levothyroxine sodium.....	83	losartan potassium-hctz.....	52
levoxyl.....	83	loteprednol etabonate.....	92
LEXIVA.....	44	lovastatin.....	53
LIBERVANT.....	16	low-ogestrel.....	77
lidocaine.....	5	loxapine succinate.....	39
lidocaine hcl.....	5	lubiprostone.....	67
LIDOCAINE HCL.....	5	LULICONAZOLE.....	23
lidocaine viscous hcl.....	5	LUMAKRAS.....	28
lidocaine-prilocaine.....	5	LUMIGAN.....	93
lidocan.....	5	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	84
lillow.....	77	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	84
lincomycin hcl.....	8	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	84
LINDANE.....	60	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	84
linezolid.....	8	lurasidone hcl.....	40
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8	lutra.....	77
LINZESS.....	67	LYBALVI.....	19
liothyronine sodium.....	83	lyleq.....	81
lisdexamfetamine dimesylate.....	100	lyllana.....	77
lisinopril.....	55	LYNPARZA.....	33
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	52	LYSODREN.....	28
LITEAIRE.....	105	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	33
lithium.....	46	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	33
lithium carbonate.....	46	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	33
lithium carbonate er.....	46	lyza.....	81
lo-zumandimine.....	77		
loestrin 1.5/30 (21).....	77	<b>M</b>	
loestrin 1/20 (21).....	77	M-M-R II.....	90

mafenide acetate . . . . .	57	metformin hcl er . . . . .	96
magnesium sulfate . . . . .	62	methadone hcl . . . . .	3
malathion . . . . .	60	methadone hcl intensol . . . . .	3
MAPROTILINE HCL . . . . .	19	methadose . . . . .	3
maraviroc . . . . .	46	methazolamide . . . . .	93
marlissa . . . . .	77	methenamine hippurate . . . . .	8
MARPLAN . . . . .	19	methergine . . . . .	105
MATULANE . . . . .	26	methimazole . . . . .	85
matzim la . . . . .	50	methocarbamol . . . . .	91
MAVYRET . . . . .	42	methotrexate sodium . . . . .	88
maxi-tuss ac . . . . .	112	methotrexate sodium (pf) . . . . .	88
MAXIDEX . . . . .	92	methoxsalen rapid . . . . .	59
meclizine hcl . . . . .	21	methscopolamine bromide . . . . .	66
medpura alcohol pads . . . . .	105	methsuximide . . . . .	17
MEDROL . . . . .	82	methyldopa . . . . .	47
medroxyprogesterone acetate . . . . .	81	METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . . .	52
mefloquine hcl . . . . .	37	methylergonovine maleate . . . . .	105
megestrol acetate . . . . .	81	methylphenidate hcl . . . . .	101
MEKINIST . . . . .	33,34	METHYLPHENIDATE HCL ER . . . . .	101
MEKTOVI . . . . .	34	methylphenidate hcl er . . . . .	101
melodetta 24 fe . . . . .	77	methylphenidate hcl er (cd) . . . . .	101
meloxicam . . . . .	4	methylphenidate hcl er (la) . . . . .	101
MELPHALAN . . . . .	26	methylphenidate hcl er (osm) . . . . .	101
memantine hcl . . . . .	18	methylprednisolone . . . . .	82
memantine hcl er . . . . .	18	methylprednisolone acetate . . . . .	82
MENACTRA . . . . .	90	methylprednisolone sodium succ . . . . .	82
MENEST . . . . .	77	methyltestosterone . . . . .	72
MENQUADFI . . . . .	90	metoclopramide hcl . . . . .	21
MENVEO . . . . .	90	METOCLOPRAMIDE HCL . . . . .	21
MEPHYTON . . . . .	71	metolazone . . . . .	54
meprobamate . . . . .	5	metoprolol succinate er . . . . .	49
mercaptapurine . . . . .	27	metoprolol tartrate . . . . .	49
meropenem . . . . .	11	metoprolol-hydrochlorothiazide . . . . .	52
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE . . . . .	11	metronidazole . . . . .	8
merzee . . . . .	77	metyrosine . . . . .	52
mesalamine . . . . .	64	mexiletine hcl . . . . .	48
mesalamine er . . . . .	64	mibelas 24 fe . . . . .	78
mesna . . . . .	30	micafungin sodium . . . . .	23
MESNEX . . . . .	30	MICONAZOLE 3 . . . . .	23
metaxalone . . . . .	91	MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLAT . . . . .	23
metformin hcl . . . . .	96	MICROCHAMBER . . . . .	105



microgestin 1.5/30.....	78	MULTIVITAMIN W/FLUORIDE.....	63
microgestin 1/20.....	78	MULTIVITAMIN/FLUORIDE.....	62,63
microgestin 24 fe.....	78	multivitamins/fluoride.....	63
microgestin fe 1.5/30.....	78	mupirocin.....	57
microgestin fe 1/20.....	78	MUSE.....	69
MICROSPACER.....	105	MYALEPT.....	67
midodrine hcl.....	47	mycophenolate mofetil.....	88
mifepristone.....	82	mycophenolate mofetil hcl.....	89
MIGERGOT.....	25	mycophenolate sodium.....	89
miglitol.....	96	mycophenolic acid.....	89
miglustat.....	114	myorisan.....	56
mili.....	78	MYRBETRIQ.....	68
mimvey.....	78		
minitran.....	55	<b>N</b>	
minocycline hcl.....	13	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	67
minoxidil.....	55	nabumetone.....	4
mirtazapine.....	19	nadolol.....	49
misoprostol.....	68	nafcillin sodium.....	11
modafinil.....	115	nafrinse.....	63
moexipril hcl.....	55	naftifine hcl.....	24
MOLINDONE HCL.....	39	NAGLAZYME.....	114
mometasone furoate.....	58,82,109	naloxone hcl.....	7
mondoxylene nl.....	13	naltrexone hcl.....	7
mono-lynyah.....	78	NAMZARIC.....	18
montelukast sodium.....	109	naproxen.....	4
morgidox.....	13	naproxen dr.....	4
morphine sulfate.....	2	naproxen sodium.....	4
MORPHINE SULFATE.....	2	naratriptan hcl.....	24
morphine sulfate (concentrate).....	2	NATACYN.....	92
morphine sulfate er.....	3	nateglinide.....	96
MOUNJARO.....	96	NATPARA.....	65
MOVANTIK.....	67	NAYZILAM.....	5
moxifloxacin hcl.....	12,92	nebivolol hcl.....	49
MOXIFLOXACIN HCL.....	12	nebusal.....	112
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	92	necon 0.5/35 (28).....	78
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	12	NEFAZODONE HCL.....	20
MRESVIA.....	90	neo-polycin.....	94
MULTAQ.....	48	neo-polycin hc.....	94
MULTI-VIT-FLOR.....	63	neomycin sulfate.....	7
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE.....	63	neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	94
multi-vitamin/fluoride/iron.....	63	neomycin-polymyxin-dexameth.....	94

NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	94	norethindrone.....	81
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	94	norethindrone acet-ethinyl est.....	78
neomycin-polymyxin-hc.....	116	norethindrone acetate.....	81
NERLYNX.....	34	norethindrone-eth estradiol.....	78
NEUPRO.....	37	norgestim-eth estrad triphasic.....	78
nevirapine.....	44	norgestimate-eth estradiol.....	78
NEVIRAPINE.....	44	norlyda.....	81
NEVIRAPINE ER.....	45	norlyroc.....	81
nevirapine er.....	45	NORMOSOL-M IN D5W.....	62
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC).....	53	nortrel 0.5/35 (28).....	78
niacin er (antihyperlipidemic).....	54	nortrel 1/35 (21).....	78
NIACOR.....	54	nortrel 1/35 (28).....	78
nicardipine hcl.....	49	nortrel 7/7/7.....	78
NICOTROL.....	6	nortriptyline hcl.....	21
NICOTROL NS.....	6	NORVIR.....	44
nifedipine.....	49	NOVOFINE 32G X 6 MM MISC.....	105
nifedipine er.....	49	NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC.....	105
nifedipine er osmotic release.....	49	NP THYROID.....	83
nikki.....	78	NUBEQA.....	26
nilutamide.....	26	NUCALA.....	112
nimodipine.....	49	NUEDEXTA.....	99
NINLARO.....	28	nulev.....	66
nisoldipine er.....	49	NULYTELY LEMON-LIME.....	67
nitazoxanide.....	37	NULYTELY WITH FLAVOR PACKS.....	67
nitisinone.....	114	NUPLAZID.....	40
NITRO-BID.....	55	NURTEC.....	25
NITRO-DUR.....	55	NUTRILIPID.....	62
NITRO-TIME.....	55	nyamyc.....	24
nitrofurantoin.....	8	nylia 1/35.....	78
nitrofurantoin macrocrystal.....	8	nylia 7/7/7.....	78
nitrofurantoin monohyd macro.....	8	NYMALIZE.....	49
nitroglycerin.....	56	nymyo.....	78
NITROSTAT.....	56	nystatin.....	24
NIVA THYROID.....	83	nystatin-triamcinolone.....	59
NIZATIDINE.....	65	nystop.....	24
nolix.....	58		
nora-be.....	81	<b>O</b>	
norelgestromin-eth estradiol.....	78	ocella.....	78
norethin ace-eth estrad-fe.....	78	octreotide acetate.....	84
norethin-eth estradiol-fe.....	78	OCTREOTIDE ACETATE.....	84
norethindron-ethinyl estrad-fe.....	78	ODEFSEY.....	45

ODOMZO	34	oxandrolone	73
OFEV	110	oxaprozin	4
ofloxacin	12,92,116	oxazepam	6
OGSIVEO	29	oxcarbazepine	17
OJEMDA	30	oxiconazole nitrate	24
OJJAARA	30	oxybutynin chloride	68
olanzapine	40	oxybutynin chloride er	68
olanzapine-fluoxetine hcl	19	oxycodone hcl	2
olmesartan medoxomil	47	OXYCODONE HCL ER	3
olmesartan medoxomil-hctz	52	oxycodone-acetaminophen	2
olmesartan-amlodipine-hctz	52	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	2
olopatadine hcl	91,109	OXYCODONE-ASPIRIN	2
omega-3-acid ethyl esters	54	oxymorphone hcl	2
omeprazole	68	OXYMORPHONE HCL ER	3
OMNITROPE	72	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	96
ondansetron	22	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	96
ONDANSETRON HCL	22	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	96
ondansetron hcl	22		
ONUREG	29	<b>P</b>	
OPSUMIT	108	pacerone	48
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK	105	paliperidone er	41
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK	106	PANRETIN	36
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK	106	pantoprazole sodium	68
OPTICHAMBER DIAMOND	106	paricalcitol	65
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK	106	paroex	47
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	106	paromomycin sulfate	7
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	106	paroxetine hcl	20
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE	106	paroxetine hcl er	20
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM	106	paroxetine mesylate	20
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL	106	PASER	26
OPTIHALER	106	PAXLOVID (150/100)	106
OPVEE	106	PAXLOVID (300/100)	106
oralone	46	PAZEO	91
ORGOVYX	84	pazopanib hcl	34
ORSERDU	27	pb-hyoscy-atropine-scopolamine	66
orsythia	79	PEDIARIX	90
oscimin	66	PEDVAX HIB	90
oscimin sr	66	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	67
oseltamivir phosphate	42	peg-3350/electrolytes	67
OSPHENA	80	peg-3350/electrolytes/ascorbat	67
OTEZLA	59,86	peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	67

PEG-PREP	67	PIMOZIDE	39
PEGANONE	17	pimtrea	79
PEGASYS	85	pindolol	49
PEGASYS PROCLICK	85	pioglitazone hcl	96
PEMAZYRE	34	pioglitazone hcl-glimepiride	96
PEN NEEDLES	106	pioglitazone hcl-metformin hcl	96
PENBRAYA	90	piperacillin sod-tazobactam so	11
penciclovir	57	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	34
penicillamine	69	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	34
penicillin g potassium	11	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	34
PENICILLIN G SODIUM	11	pirfenidone	110
penicillin v potassium	11	PIRFENIDONE	110
PENTACEL	90	pirmella 1/35	79
pentamidine isethionate	37	pirmella 7/7/7	79
pentazocine-naloxone hcl	2	piroxicam	4
pentoxifylline er	52	PLENVU	67
perindopril erbumine	55	POCKET CHAMBER	106
perio gard	47	POCKET SPACER	106
permethrin	60	podofilox	59
perphenazine	21	POLY-VI-FLOR	63
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	19	polycin	94
PERSERIS	41	polymyxin b sulfate	8
PFIZERPEN	11	polymyxin b-trimethoprim	92
phenazo	69	POMALYST	27
phenazopyridine hcl	69	portia-28	79
phenelzine sulfate	19	posaconazole	24
phenobarbital	16	pot & sod cit-cit ac	69
phenobarbital-belladonna alk	66	potassium chloride	62
phenohydro	66	potassium chloride crys er	62
phenylephrine hcl	94	potassium chloride er	62
phenytek	17	potassium chloride in dextrose	63
phenytoin	17	potassium chloride in nacl	62
phenytoin infatabs	17	potassium citrate er	62
phenytoin sodium extended	17	potassium citrate-citric acid	69
philith	79	pramipexole dihydrochloride	37
phospho-trin k500	69	pramipexole dihydrochloride er	37
PHOSPHOLINE IODIDE	93	PRAMOSONE	59
phytonadione	71	prasugrel hcl	72
PIFELTRO	45	pravastatin sodium	53
pilocarpine hcl	47,93	praziquantel	36
pimecrolimus	58	prazosin hcl	48

prednisolone	83	PROCYSBI	114
PREDNISOLONE ACETATE	92	progesterone	81
prednisolone sodium phosphate	83	PROGRAF	89
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	92	PROLASTIN-C	114
prednisone	83	PROLENSA	92
PREDNISONONE INTENSOL	83	PROLIA	65
pregabalin	99	PROMACTA	71
PREHEVBRIO	90	promethazine hcl	22,109
PREMARIN	79	promethazine vc	112
PREMASOL	62	PROMETHAZINE VC/CODEINE	112
premium lidocaine	5	promethazine-codeine	112
PREMPHASE	79	promethazine-dm	112
PREMPRO	79	promethazine-phenyleph-codeine	112
prenatal vitamins	63	promethazine-phenylephrine	112
prevalite	54	promethegan	22
previfem	79	propafenone hcl	48
PREVYMIS	41	propafenone hcl er	48
PREZCOBIX	44	proparacaine hcl	94
PREZISTA	44	propranolol hcl	49
PRIFTIN	26	propranolol hcl er	49
primaquine phosphate	37	PROPRANOLOL-HCTZ	52
PRIMEAIRE HOLDING CHAMBER	106	propylthiouracil	85
primidone	16	PROQUAD	90
PRIORIX	90	protriptyline hcl	21
PRIVIGEN	86	pseudoeph-bromphen-dm	113
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	106	PULMICORT FLEXHALER	109
PRO COMFORT SPACER ADULT	106	pulmosal	113
PRO COMFORT SPACER CHILD	106	PULMOZYME	110
PRO COMFORT SPACER INFANT	106	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	106
probenecid	24	PURE COMFORT SPACER CHAMBER	106
PROCARE SPACER/ADULT MASK	106	PURIXAN	27
PROCARE SPACER/CHILD MASK	106	pyrazinamide	26
procentra	100	pyridostigmine bromide	25
PROCHAMBER VHC	106	pyridostigmine bromide er	25
prochlorperazine	21	pyrimethamine	37
prochlorperazine maleate	21		
procto-med hc	58	<b>Q</b>	
procto-pak	58	qc alcohol	106
PROCTOFOAM HC	59	QINLOCK	29
proctosol hc	58	QUADRACEL	90
proctozone-hc	58	quetiapine fumarate	41

quetiapine fumarate er	41
QUFLORA PEDIATRIC	63
quinapril hcl	55
quinapril-hydrochlorothiazide	52
quinidine gluconate er	48
quinidine sulfate	48
quinine sulfate	37

## R

ra isopropyl alcohol wipes	107
RABAVERT	90
rabeprazole sodium	68
raloxifene hcl	80
ramelteon	114
ramipril	55
ranolazine er	52
rasagiline mesylate	38
reclipsen	79
RECOMBIVAX HB	90
REGRANEX	59
relafen	4
RELENZA DISKHALER	42
RELISTOR	67
repaglinide	96
REPATHA	54
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	54
REPATHA SURECLICK	54
RESTASIS	94
RESTASIS MULTIDOSE	94
RETACRIT	71
RETEVMO	29,115
REVLIMID	27
REXULTI	41
REYATAZ	44
REZLIDHIA	34
REZUROCK	89
RHOPRESSA	93
ribavirin	42,113
RIDAURA	86
rifabutin	25
rifampin	26
RIFATER	26
riluzole	99
RIMANTADINE HCL	42
ringers	63
ringers irrigation	63
RINVOQ	89
RINVOQ LQ	89
risedronate sodium	65
risperidone	41
risperidone microspheres er	41
RITEFLO	107
ritonavir	44
rivastigmine	18
rivastigmine tartrate	18
rivelsa	79
rizatriptan benzoate	24
ROCKLATAN	94
roflumilast	111
ropinirole hcl	37
ropinirole hcl er	37,38
rosadan	8
rosuvastatin calcium	53
ROTARIX	90
ROTATEQ	90
roweepra	14
roweepra xr	14,15
ROZLYTREK	29
RUBRACA	34
rufinamide	17
RUKOBIA	46
RYBELSUS	96
RYDAPT	34

## S

sajazir	85
saline bacteriostatic	107
salsalate	4
SANDIMMUNE	89
SANDOSTATIN LAR DEPOT	84
SANTYL	59
sapropterin dihydrochloride	114

SCEMBLIX.....	34	SOMAVERT.....	84
scopolamine.....	22	sorafenib tosylate.....	34
SECUADO.....	41	sorine.....	48
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	107	sotalol hcl.....	48
selegiline hcl.....	38	sotalol hcl (af).....	48
selenium sulfide.....	58	SPINOSAD.....	60
SELZENTRY.....	46	SPIRIVA HANDIHALER.....	109
SEREVENT DISKUS.....	110	SPIRIVA RESPIMAT.....	109
sertraline hcl.....	20	spironolactone.....	54
setlakin.....	79	spironolactone-hctz.....	52
sevelamer carbonate.....	61	sprintec 28.....	79
sevelamer hcl.....	61	SPRITAM.....	15
sharobel.....	81	SPRYCEL.....	34
SHINGRIX.....	90	sps.....	61
SIGNIFOR.....	84	sronyx.....	79
sildenafil citrate.....	69,108	ssd.....	60
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	107	sss 10-5.....	60
silodosin.....	70	SSS 10-5.....	60
silver sulfadiazine.....	60	stavudine.....	45
SIMBRINZA.....	94	STELARA.....	60,87
simliya.....	79	sterile water for irrigation.....	107
simpesse.....	79	STIVARGA.....	34
simvastatin.....	53	STRENSIQ.....	114
sirolimus.....	89	STREPTOMYCIN SULFATE.....	7
SIRTURO.....	26	STRIBILD.....	43
SKYRIZI.....	60,68,86	subvenite.....	15
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	86	subvenite starter kit-blue.....	15
SKYRIZI PEN.....	87	subvenite starter kit-green.....	15
SMOFLIPID.....	63	subvenite starter kit-orange.....	15
sod citrate-citric acid.....	69	SUCRAID.....	114
sodium chloride.....	62,113	sucrafate.....	68
sodium chloride (pf).....	62	sulfacetamide sodium.....	92
sodium chloride bacteriostatic.....	107	sulfacetamide sodium (acne).....	13
sodium fluoride.....	64	sulfacetamide sodium-sulfur.....	60
sodium phenylbutyrate.....	114	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	94
SODIUM SULFACETAMIDE-BAKUCHIOL.....	60	sulfadiazine.....	13
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	42	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	13
solifenacin succinate.....	68	SULFAMYLON.....	57
SOLTAMOX.....	27	sulfasalazine.....	64
SOMATULINE DEPOT.....	84	sulfatrim pediatric.....	13
		sulindac.....	4

sumatriptan.....	24	TAZICEF.....	10
sumatriptan succinate.....	24	TAZORAC.....	56
sumatriptan succinate refill.....	24	taztia xt.....	50
sunitinib malate.....	35	TAZVERIK.....	29
SUNLENCA.....	46	TDVAX.....	90
SUPRAX.....	10	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	107
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	107	TEFLARO.....	10
syeda.....	79	telmisartan.....	47
symax-sl.....	66	telmisartan-amlodipine.....	52
symax-sr.....	66	telmisartan-hctz.....	52
SYMDEKO.....	110	temazepam.....	114,115
SYMPAZAN.....	16	TEMIXYS.....	45
SYMTUZA.....	44	TENCON.....	99
SYNAREL.....	85	TENIVAC.....	91
SYNERCID.....	8	tenofovir disoproxil fumarate.....	45
SYNJARDY.....	96	TEPMETKO.....	35
SYNJARDY XR.....	96	terazosin hcl.....	48
SYNRIBO.....	29	terbinafine hcl.....	24
SYNTHROID.....	84	terbutaline sulfate.....	110
<b>T</b>			
TABLOID.....	27	terconazole.....	24
TABRECTA.....	29	teriflunomide.....	98
tacrolimus.....	59,89	TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	65
tadalafil.....	70	testosterone.....	73
tadalafil (pah).....	108	testosterone cypionate.....	73
TAFINLAR.....	35	TESTOSTERONE ENANTHATE.....	73
tafluprost (pf).....	93	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD.....	91
TAGRISSO.....	35	tetrabenazine.....	99
TALTZ.....	87	tetracycline hcl.....	13
TALZENNA.....	35	THALOMID.....	27
tamoxifen citrate.....	27	THEO-24.....	111
tamsulosin hcl.....	70	theophylline.....	111
tarina 24 fe.....	79	theophylline er.....	111
tarina fe 1/20.....	79	thioridazine hcl.....	39
tarina fe 1/20 eq.....	79	thiotepa.....	26
taron-crystals.....	69	thiothixene.....	39
TASIGNA.....	35	THYROID.....	84
tasimelteon.....	114	tiadylt er.....	50
taysofy.....	79	tiagabine hcl.....	16
tazarotene.....	56	TIBSOVO.....	35
		TICOVAC.....	91
		tigecycline.....	8



tilia fe .....	79	TRECTOR .....	26
timolol maleate .....	25,93	TRELEGY ELLIPTA .....	113
timolol maleate (once-daily) .....	93	TRELSTAR MIXJECT .....	85
timolol maleate ocudose .....	93	TRESIBA .....	98
timolol maleate pf .....	93	TRESIBA FLEXTOUCH .....	98
tinidazole .....	9	tretinoin .....	36,56
tiopronin .....	69	TREXALL .....	89
tis-u-sol .....	64	tri femynor .....	79
TIVICAY .....	43	tri-estarylla .....	79
TIVICAY PD .....	43	tri-legest fe .....	79
tizanidine hcl .....	22	tri-linyah .....	79
TOBI PODHALER .....	110	tri-lo-estarylla .....	79
TOBRADEX .....	94	tri-lo-marzia .....	79
tobramycin .....	92,110,111	tri-lo-mili .....	79
tobramycin sulfate .....	7	tri-lo-sprintec .....	79
tobramycin-dexamethasone .....	94	tri-mili .....	80
TOBREX .....	92	tri-nymyo .....	80
TOLAK .....	60	tri-previfem .....	80
TOLBUTAMIDE .....	96	tri-sprintec .....	80
tolterodine tartrate .....	69	TRI-VITE/FLUORIDE .....	64
tolterodine tartrate er .....	69	tri-vylibra .....	80
topiramate .....	15	tri-vylibra lo .....	80
topiramate er .....	15	triamcinolone acetonide .....	47,59
toremifene citrate .....	27	triamterene .....	54
toremide .....	54	triamterene-hctz .....	52
TOUJEO MAX SOLOSTAR .....	98	triazolam .....	115
TOUJEO SOLOSTAR .....	98	tricitrates .....	69
tovet .....	59	triderm .....	59
TPN ELECTROLYTES .....	64	trientine hcl .....	60
TRACLEER .....	108	TRIENTINE HCL .....	60
TRADJENTA .....	96	trifluoperazine hcl .....	39
tramadol hcl .....	2	TRIFLURIDINE .....	43
tramadol hcl (er biphasic) .....	3	trihexyphenidyl hcl .....	38
tramadol hcl er .....	3	TRIKAFTA .....	111
tramadol-acetaminophen .....	2	trilyte .....	67
trandolapril .....	55	trimethobenzamide hcl .....	22
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER .....	52	trimethoprim .....	9
tranexamic acid .....	71	trimipramine maleate .....	21
tranlycypromine sulfate .....	19	TRINTELLIX .....	20
travoprost (bak free) .....	93	TRIUMEQ .....	45
trazodone hcl .....	20	TRIUMEQ PD .....	45

trivora (28).....	80	VALTOCO 5 MG DOSE.....	16
TRIZIVIR.....	45	vanadom.....	91
tropium chloride.....	69	vancomycin hcl.....	9
tropium chloride er.....	69	VANDAZOLE.....	9
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	107	VANFLYTA.....	29
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	107	VAQTA.....	91
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	107	vardenafil hcl.....	69
TRULICITY.....	96	varenicline tartrate.....	6
TRUMENBA.....	91	varenicline tartrate (starter).....	6
TRUQAP.....	30	varenicline tartrate(continue).....	6
TUKYSA.....	35	VARIVAX.....	91
tulana.....	81	VECAMYL.....	52
TURALIO.....	35	VELIVET.....	80
turqoz.....	80	VELTASSA.....	61
TWINRIX.....	91	VENCLEXTA.....	35
TYBOST.....	46	VENCLEXTA STARTING PACK.....	35
tydemy.....	80	venlafaxine hcl.....	20
TYMLOS.....	65	venlafaxine hcl er.....	20,21
TYPHIM VI.....	91	VENTAVIS.....	108
TYSABRI.....	98	verapamil hcl.....	50
<b>U</b>		VERAPAMIL HCL ER.....	50
UBRELVY.....	25	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	107
UKONIQ.....	35	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	107
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	107	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	107
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	107	VERQUOVO.....	52
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	107	VERSACLOZ.....	39
unithroid.....	84	VERZENIO.....	35
ursodiol.....	68	vestura.....	80
<b>V</b>		VICTOZA.....	96
valacyclovir hcl.....	43	vienva.....	80
VALCHLOR.....	26	vigabatrin.....	16
valganciclovir hcl.....	41,42	vigadrone.....	16
valproate sodium.....	15	vigpoder.....	16
valproic acid.....	15	VIIBRYD STARTER PACK.....	21
valsartan.....	47	vilazodone hcl.....	21
valsartan-hydrochlorothiazide.....	52	viorele.....	80
VALTOCO 10 MG DOSE.....	16	VIRACEPT.....	44
VALTOCO 15 MG DOSE.....	16	VIREAD.....	45
VALTOCO 20 MG DOSE.....	16	virtussin a/c.....	113
		virtussin ac w/alc.....	113
		vitamin d (ergocalciferol).....	65

VITAMINS ACD-FLUORIDE	64
VITRAKVI	35,36
VIZIMPRO	36
volnea	80
VONJO	30
voriconazole	24
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD	107
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER	107
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER	107
VOSEVI	43
VRAYLAR	41
vyfemla	80
vylibra	80
VYNDAMAX	52
VYNDAQEL	114
VYZULTA	93

## W

warfarin sodium	70
WATCHHALER	108
water for irrigation, sterile	108
WELIREG	29
wera	80
wixela inhub	113
wymzya fe	80

## X

XALKORI	36
XARELTO	70,71
XARELTO STARTER PACK	71
XATMEP	89
XCOPRI	15
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	15
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	15
XELJANZ	87
XELJANZ XR	89
XERMELO	66
XGEVA	65
XIFAXAN	9
XIGDUO XR	96,97
XIIDRA	95

XOFLUZA (40 MG DOSE)	42
XOFLUZA (80 MG DOSE)	42
XOLAIR	87
XOSPATA	36
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	29
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	29
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	29
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	30
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	30
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	30
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	30
XTANDI	27
xulane	80
XYREM	115

## Y

yargesa	114
YF-VAX	91
yuvafem	80

## Z

zafemy	80
zafirlukast	109
zaleplon	115
zarah	80
ZARXIO	71
zebutal	99
ZEJULA	36
ZELBORAF	36
zenatane	56
ZENPEP	114
zenzedi	100
zidovudine	45,46
ziprasidone hcl	41
ziprasidone mesylate	41
ZIRGAN	42
zoledronic acid	65
ZOLINZA	30
zolmitriptan	25
zolpidem tartrate	115
zolpidem tartrate er	115

ZONISADE.....	17
zonisamide.....	17
ZONTIVITY.....	71
zovia 1/35 (28).....	80
zovia 1/35e (28).....	80
ZTALMY.....	15
ZUBSOLV.....	6,7
zumandimine.....	80
ZURZUVAE.....	19
ZYDELIG.....	36
ZYKADIA.....	36
ZYLET.....	95
ZYPREXA RELPREVV.....	41



## 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, 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, 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 el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

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, 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 629007

El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Dirección electrónica: [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto: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

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

**Multi-Language Insert**  
**Multi-Language Interpreter Services**

**English** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-776-4466. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-776-4466. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-776-4466。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-776-4466。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-776-4466. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-776-4466 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-776-4466. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-776-4466 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-776-4466. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-776-4466. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

**Hindi** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-776-4466 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian** E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-776-4466. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-776-4466. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-776-4466 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Hmong** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

**Ukrainian** Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-776-4466. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

**Navajo** D77 ats'77s baa lhly3 47 doodago aze'e bee aa lhly3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoolnih77 h0l=. Ata' halne'4 biniiy4go, koj8' 1-800-776-4466 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo]. D77 t'11 j77k'eh bee an1'1wo.

**Punjabi** ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Khmer** យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**Mien** Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-776-4466. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

**Lao** ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Armenian** Մեզ քոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպիչի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

**Farsi** ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت با ما به شماره 1-800-776-4466 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

**Thai** ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

Este formulario se actualizó el **09/24/2024** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al **(800) 776-4466** o al **711** para los usuarios del sistema TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o visite el sitio web **www.ccpoabtf.org**.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias preferidas de bajo costo en algunos condados de California. Es posible que los bajos costos publicados en los anuncios 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 y saber si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame al **(800) 776-4466 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en **www.ccpoabtf.org**.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。