

PPO grupal

Blue Shield Medicare (PPO)

Formulario de 2023

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

N.º de identificación del formulario 23354, versión 21

Este formulario se actualizó el **12/01/2023**. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Atención 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 blueshieldca.com/medformulary2023.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted. Llame a Atención al Cliente si necesita más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las insulinas: 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.



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 Blue Shield Medicare.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida desde el **12/01/2023**. 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 2024 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Blue Shield 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 médicalemente 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

incluiríremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Medicare?”.

- **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 envíemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Medicare?”.

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2023 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2023, 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 **12/01/2023**. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás

de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2023.

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

¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 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 empieza 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 Atención 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 médicaamente 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 107 .

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 Atención 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).

NDS	Suministro sin extensión <i>(Non-Extended Day Supply)</i>	El medicamento NO está disponible para un suministro a largo plazo.
-----	--	---

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
acetaminophen w/ codeine (w/ tab 300-15 mg, w/ tab 300-30 mg)	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml	gen	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen-caffeine-dihydrocodeine tab 325-30-16 mg	gen	PA, QL (10 PER 1 DAYS), NDS
APAP-CAFF-DIHYDROCODEINE 325-30-16 MG TAB	gen	PA, QL (10 PER 1 DAYS), NDS
butalbital-acetaminophen-caff w/ cod cap 50-325-40-30 mg	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-aspirin-caff w/ codeine cap 50-325-40-30 mg	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butorphanol tartrate nasal soln 10 mg/ml	gen	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
carisoprodol w/ aspirin & codeine tab 200-325-16 mg	gen	PA, QL (8 PER 1 DAYS), NDS
CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE 200-325-16 MG TAB	gen	PA, QL (8 PER 1 DAYS), NDS
codeine sulfate (30 mg tab, tab 30 mg)	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	gen	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
fentanyl citrate (100 mcg tab, 200 mcg tab, lozenge on a handle 200 mcg, 400 mcg tab, lozenge on a handle 400 mcg, 600 mcg tab, lozenge on a handle 600 mcg, 800 mcg tab, lozenge on a handle 800 mcg, lozenge on a handle 1200 mcg, lozenge on a handle 1600 mcg)	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (tab 7.5-300 mg, tab 10-300 mg)	gen	PA, QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (tab 7.5-325 mg, tab 10-325 mg)	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml	gen	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen tab 5-300 mg	gen	PA, QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-ibuprofen (5-200 mg tab, tab 5-200 mg, tab 7.5-200 mg, 10-200 mg tab, tab 10-200 mg)	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	gen	QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml	gen	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 2 mg	gen	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 4 mg	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 8 mg	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
MEPERIDINE HCL 50 MG TAB	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
MEPERIDINE HCL 50 MG/5ML SOLUTION	gen	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, tab 15 mg, 30 mg tab, tab 30 mg)	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (20 mg/5ml solution, oral soln 20 mg/5ml)	gen	QL (315 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
morphine sulfate oral soln 10 mg/5ml	gen	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml (20 mg/ml)	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (cap 5 mg, tab 5 mg)	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (conc 100 mg/5ml (20 mg/ml), tab 20 mg)	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (tab 15 mg, tab 30 mg)	gen	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl soln 5 mg/5ml	gen	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl tab 10 mg	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone w/ acetaminophen (w/ tab 2.5-325 mg, w/ tab 5-325 mg)	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	gen	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ASPIRIN 4.8355-325 MG TAB	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-IBUPROFEN 5-400 MG TAB	gen	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxymorphone hcl tab 10 mg	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxymorphone hcl tab 5 mg	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
pentazocine w/ naloxone tab 50-0.5 mg	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl tab 100 mg	gen	QL (4 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
tramadol hcl tab 50 mg	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA		
buprenorphine (patch 5 mcg/hr, patch 7.5 mcg/hr, patch 10 mcg/hr, patch 15 mcg/hr, patch 20 mcg/hr)	gen	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
fentanyl (patch 72hr 100 mcg/hr, patch 72hr 12 mcg/hr, patch 72hr 25 mcg/hr, patch 72hr 50 mcg/hr, patch 72hr 75 mcg/hr)	gen	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl (tab er 24hr 16 mg, tab er 24hr 32 mg, tab er 24hr 8 mg)	gen	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab er 24hr 12 mg	gen	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl (10 mg/5ml solution, soln 10 mg/5ml)	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl (10 mg/ml solution, inj 10 mg/ml)	npd	PA, NDS
methadone hcl (5 mg/5ml solution, soln 5 mg/5ml)	gen	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl (conc 10 mg/ml, tab 10 mg)	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl tab 5 mg	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl tab for oral susp 40 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
morphine sulfate (tab er 60 mg, tab er 100 mg, tab er 200 mg)	gen	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate tab er 15 mg	gen	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate tab er 30 mg	gen	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
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)	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
OXYMORPHONE HCL ER (ER 5 MG TAB ER 12H, ER 7.5 MG TAB ER 12H, ER 10 MG TAB ER 12H, ER 15 MG TAB ER 12H, ER 20 MG TAB ER 12H, ER 30 MG TAB ER 12H, ER 40 MG TAB ER 12H)	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
TRAMADOL HCL (ER BIPHASIC) (BIPHASIC) 100 MG TAB ER 24H, BIPHASIC) 200 MG TAB ER 24H, BIPHASIC) 300 MG TAB ER 24H)	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
------------------------	-------	--------------------

tramadol hcl (tab er 24hr 100 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr biphasic release 100 mg, tab er 24hr biphasic release 200 mg, tab er 24hr biphasic release 300 mg)	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
--	-----	----------------------------

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

butalbital-aspirin-caffeine (50-325-40 mg tab, cap 50-325-40 mg)	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (cap 50 mg, cap 100 mg, cap 200 mg)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
celecoxib cap 400 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
diclofenac potassium tab 50 mg	gen	
diclofenac sodium (tab delayed release 25 mg, tab delayed release 50 mg, tab delayed release 75 mg, tab er 24hr 100 mg)	gen	
diclofenac sodium (topical) (gel 1%, gel 1% (1.16% diethylamine equiv), soln 1.5%)	gen	
diclofenac w/ misoprostol (w/ tab 50-0.2 mg, w/ tab 75-0.2 mg)	gen	
diflunisal tab 500 mg	gen	
etodolac (cap 200 mg, cap 300 mg, tab 400 mg, tab 500 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 600 mg)	gen	
flurbiprofen (50 mg tab, tab 50 mg, tab 100 mg)	gen	
ibuprofen (tab 400 mg, tab 600 mg, tab 800 mg)	gen	
indomethacin (cap 25 mg, cap 50 mg, cap er 75 mg)	gen	
KETOPROFEN (25 MG CAP, 50 MG CAP, 75 MG CAP)	gen	
ketorolac tromethamine tab 10 mg	gen	PA, QL (20 PER 30 OVER TIME)
meloxicam (tab 7.5 mg, tab 15 mg)	gen	
nabumetone (tab 500 mg, tab 750 mg)	gen	
naproxen (tab 250 mg, tab 375 mg, tab 500 mg, tab ec 375 mg, tab ec 500 mg)	gen	
naproxen sodium (tab 275 mg, tab 550 mg)	gen	
oxaprozin tab 600 mg	gen	
piroxicam (cap 10 mg, cap 20 mg)	gen	
salsalate (tab 500 mg, tab 750 mg)	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
sulindac (tab 150 mg, tab 200 mg)	gen	

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

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

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

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

BENZODIACEPINAS

alprazolam (orally disintegrating tab 0.25 mg, orally disintegrating tab 0.5 mg, orally disintegrating tab 1 mg, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
alprazolam (orally disintegrating tab 2 mg, tab 2 mg, tab er 24hr 2 mg)	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
alprazolam (tab er 24hr 0.5 mg, tab er 24hr 1 mg, tab er 24hr 3 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 10 mg	gen	PA, QL (30 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 25 mg	gen	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 5 mg	gen	PA, QL (60 PER 1 DAYS)
clonazepam (orally disintegrating tab 0.125 mg, orally disintegrating tab 0.25 mg, orally disintegrating tab 0.5 mg, tab 0.5 mg)	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
clonazepam (orally disintegrating tab 1 mg, tab 1 mg)	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
clonazepam (orally disintegrating tab 2 mg, tab 2 mg)	gen	QL (10 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
clorazepate dipotassium tab 15 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium tab 3.75 mg	gen	QL (24 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium tab 7.5 mg	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam (conc 5 mg/ml, tab 5 mg)	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam oral soln 1 mg/ml	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
diazepam tab 10 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
diazepam tab 2 mg	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
lorazepam (conc 2 mg/ml, tab 2 mg)	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
lorazepam tab 0.5 mg	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
lorazepam tab 1 mg	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
oxazepam (cap 10 mg, cap 15 mg, cap 30 mg)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

bupropion hcl (smoking deterrent) tab er 12hr 150 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	brd	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	brd	
varenicline tartrate (tab 0.5 mg equiv), tab 1 mg equiv))	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	gen	QL (53 PER 30 OVER TIME)

DEPENDENCIA A OPIOIDES

buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)	gen	QL (84 PER 90 OVER TIME)
buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)	gen	QL (21 PER 90 OVER TIME)
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (- naloxone sl film 2-0.5 mg equiv), -naloxone sl film 4-1 mg equiv))	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (- naloxone sl film 8-2 mg equiv), -naloxone sl tab 8-2 mg equiv))	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)	gen	QL (12 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
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)
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

acamprosate calcium tab delayed release 333 mg	gen
disulfiram (tab 250 mg, tab 500 mg)	gen

REVERTIDORES OPIOIDEOS

naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, inj 0.4 mg/ml, inj 4 mg/10ml, soln prefilled syringe 2 mg/2ml)	gen
NALOXONE HCL 2 MG/0.4ML SOLN A-INJ	gen
naloxone hcl nasal spray 4 mg/0.1ml	gen
naltrexone hcl tab 50 mg	gen

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

amikacin sulfate inj 500 mg/2ml (250 mg/ml)	npd
gentamicin sulfate (topical) (cream, oint)	gen
gentamicin sulfate inj 40 mg/ml	npd
neomycin sulfate tab 500 mg	gen
paromomycin sulfate cap 250 mg	gen
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	npd
tobramycin sulfate (for inj 1.2 gm, inj 1.2 gm/30ml (40 mg/ml) (base equiv), 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, inj 80 mg/2ml (40 mg/ml) (base equiv))	npd

ANTIBACTERIANOS, OTROS

acetic acid otic soln 2%	gen
aztreonam (inj 1 gm, inj 2 gm)	npd
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE 1 GM RECON SOLN	npd
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	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
clindamycin hcl (cap 75 mg, cap 150 mg, cap 300 mg)	gen	
clindamycin palmitate hcl for soln 75 mg/5ml (base equiv)	gen	
clindamycin phosphate (inj 9 gm/60ml, inj 300 mg/2ml, inj 600 mg/4ml, inj 900 mg/6ml)	npd	
clindamycin phosphate in d5w (soln 300 mg/50ml, soln 600 mg/50ml, soln 900 mg/50ml)	npd	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	npd	
clindamycin phosphate swab 1%	gen	
clindamycin phosphate vaginal cream 2%	gen	
CLINDESSE 2 % CREAM	brd	
colistimethate sod for inj 150 mg (colistin base activity)	npd	
daptomycin (350 mg recon soln, for iv soln 350 mg, 500 mg recon soln, for iv soln 500 mg)	spec	
fosfomycin tromethamine powd pack 3 gm (base equivalent)	gen	QL (1 PER 30 OVER TIME)
lincomycin hcl inj 300 mg/ml	npd	
linezolid (for susp 100 mg/5ml, tab 600 mg)	gen	PA
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	spec	
linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)	npd	
methenamine hippurate tab 1 gm	gen	
metronidazole (500 mg/100ml solution, iv soln 500 mg/100ml)	npd	
metronidazole (cap 375 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)	gen	
metronidazole (topical) (cream 0.75%, gel 0.75%, gel 1%, lotion 0.75%)	gen	
metronidazole vaginal gel 0.75%	gen	
nitrofurantoin macrocrystal (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg)	gen	
nitrofurantoin monohydrate macrocrystalline cap 100 mg	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
<i>nitrofurantoin susp 25 mg/5ml</i>	gen	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLN	spec	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
<i>polymyxin b sulfate for inj 500000 unit</i>	npd	
SYNERCID 150-350 MG RECON SOLN	spec	
<i>tigecycline (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg)</i>	spec	
<i>tinidazole (tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	gen	
<i>trimethoprim (100 mg tab, tab 100 mg)</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (cap 125 mg equivalent), cap 250 mg equivalent))</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (for iv soln 1 gm (base equivalent), 1.25 gm recon soln, for iv soln 1.25 gm (base equivalent), 1.5 gm recon soln, for iv soln 1.5 gm (base equivalent), for iv soln 10 gm (base equivalent), 100 gm recon soln, 250 mg recon soln, for iv soln 500 mg (base equivalent), 750 mg recon soln, for iv soln 750 mg (base equivalent))</i>	npd	
<i>vancomycin hcl for oral soln 50 mg/ml (base equivalent)</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

CEFACLOR (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 375 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	gen	
CEFACLOR ER 500 MG TAB ER 12H	gen	
<i>cefadroxil (1 gm tab, cap 500 mg, for susp 250 mg/5ml, for susp 500 mg/5ml, tab 1 gm)</i>	gen	
<i>cefazin sodium (1 gm recon soln, for inj 1 gm, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, for inj 10 gm, 100 gm recon soln, 300 gm recon soln, for inj 500 mg)</i>	npd	
<i>cefdinir (cap 300 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)</i>	gen	
CEFDITOREN PIVOXIL (200 MG TAB, 400 MG TAB)	gen	
<i>cefepime hcl (1 gm/50ml solution, for inj 1 gm, 2 gm/100ml solution, for iv soln 2 gm)</i>	npd	
<i>cefixime (cap 400 mg, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml)</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
cefotaxime sodium (1 gm recon soln, for inj 1 gm, 2 gm recon soln, 500 mg recon soln)	npd	
cefotetan disodium (1 gm recon soln, for inj 1 gm, 2 gm recon soln, for inj 2 gm)	npd	
cefoxitin sodium (soln 1 gm, soln 2 gm, soln 10 gm)	npd	
cefpodoxime proxetil (for susp 50 mg/5ml, for susp 100 mg/5ml, tab 100 mg, tab 200 mg)	gen	
cefprozil (for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg)	gen	
ceftazidime (inj 1 gm, inj 6 gm, iv soln 2 gm)	npd	
ceftriaxone sodium (inj 1 gm, inj 2 gm, inj 10 gm, inj 250 mg, inj 500 mg, iv soln 1 gm, iv soln 2 gm)	npd	
cefuroxime axetil (tab 250 mg, tab 500 mg)	gen	
cefuroxime sodium (inj 7.5 gm, inj 750 mg, iv soln 1.5 gm)	npd	
cephalexin (250 mg tab, cap 250 mg, cap 500 mg, 750 mg cap, cap 750 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml, 500 mg tab)	gen	
SUPRAX (100 MG CHEW TAB, 200 MG CHEW TAB, 500 MG/5ML RECON SUSP)	npd	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	npd	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	spec	

BETALACTÁMICOS, PENICILINAS

amoxicillin & pot clavulanate (for susp 200-28.5 mg/5ml, for susp 250-62.5 mg/5ml, for susp 400-57 mg/5ml, for susp 600-42.9 mg/5ml, tab 250-125 mg, tab 500-125 mg, tab 875-125 mg)	gen
AMOXICILLIN (125 MG CHEW TAB, (TRIHYDRATE) CAP 250 MG, (TRIHYDRATE) CAP 500 MG, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 125 MG/5ML, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 200 MG/5ML, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 250 MG/5ML, 250 MG CHEW TAB, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 400 MG/5ML, (TRIHYDRATE) TAB 500 MG, (TRIHYDRATE) TAB 875 MG)	gen
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE (200-28.5 MG CHEW TAB, 400-57 MG CHEW TAB)	gen
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	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
ampicillin & sulbactam sodium (inj 1.5 (1-0.5) gm, inj 3 (2-1) gm, iv soln 15 (10-5) gm)	npd	
ampicillin cap 500 mg	gen	
ampicillin sodium (1 gm recon soln, for inj 1 gm, 2 gm recon soln, for inj 2 gm, for iv soln 2 gm, 125 mg recon soln, for inj 250 mg, for inj 500 mg, for iv soln 10 gm)	npd	
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM (1.5 (1-0.5) GM RECON SOLN, 3 (2-1) GM RECON SOLN)	npd	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML RECON SUSP	brd	
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	npd	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	npd	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	npd	
dicloxacillin sodium (cap 250 mg, cap 500 mg)	gen	
nafcillin sodium (1 gm recon soln, for inj 1 gm, 2 gm recon soln, for inj 2 gm)	npd	
nafcillin sodium for iv soln 10 gm	spec	
penicillin g potassium (inj 5000000, inj 20000000)	npd	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	npd	
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln, tab 250 mg, tab 500 mg)	gen	
PFIZERPEN (5000000 RECON SOLN, 20000000 RECON SOLN)	npd	
piperacillin sodium-tazobactam sodium (na inj 3.375 gm (3-0.375 gm), sod inj 2.25 gm (2-0.25 gm), sod inj 4.5 gm (4-0.5 gm), sod inj 13.5 gm (12-1.5 gm), sod inj 40.5 gm (36-4.5 gm))	npd	

CARBAPENÉMICOS

ertapenem sodium for inj 1 gm (base equivalent)	npd
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, intravenous for soln 500 mg)	npd
meropenem (soln 1 gm, soln 500 mg)	npd

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

MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)

npd

MACRÓLIDOS

azithromycin (1 gm packet, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 600 mg)

gen

azithromycin iv for soln 500 mg

npd

clarithromycin (tab 250 mg, tab 500 mg, tab er 24hr 500 mg, 125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)

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

ERYTHROGIN LACTOBIONATE 500 MG RECON SOLN

npd

ERYTHROGIN STEARATE 250 MG TAB

brd

erythromycin base (base 250 mg cp dr part, tab 250 mg, tab 500 mg, tab delayed release 250 mg, tab delayed release 333 mg, tab delayed release 500 mg, w/ delayed release particles cap 250 mg)

gen

erythromycin ethylsuccinate (for susp 200 mg/5ml, 400 mg tab, for susp 400 mg/5ml)

gen

erythromycin lactobionate for inj 500 mg

npd

QUINOLONAS

BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION

brd

CILOXAN 0.3 % OINTMENT

brd

ciprofloxacin (susp 250 mg/5ml (5%) (5 gm/100ml), susp 500 mg/5ml (10%) (10 gm/100ml))

gen

ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w

npd

ciprofloxacin hcl (100 mg tab, tab 250 mg (base equiv), tab 500 mg (base equiv), tab 750 mg (base equiv))

gen

ciprofloxacin hcl ophth soln 0.3% (base equivalent)

gen

CIPROFLOXACIN-CIPROFLOX HCL ER (ER 500 MG TAB ER 24H, ER 1000 MG TAB ER 24H)

gen

levofloxacin (25 mg/ml solution, iv soln 25 mg/ml)

npd

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

<i>levofloxacin (oral soln 25 mg/ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	gen
<i>levofloxacin in d5w (soln 500 mg/100ml, soln 750 mg/150ml)</i>	npd
<i>moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv)</i>	gen
<i>ofloxacin (300 mg tab, tab 400 mg)</i>	gen

SULFONAMIDAS

AVC VAGINAL 15 % CREAM	brd
<i>sulfacetamide sodium lotion 10% (acne)</i>	gen
<i>sulfadiazine (500 mg tab, tab 500 mg)</i>	gen
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (susp 200-40 mg/5ml, tab 400-80 mg, tab 800-160 mg)</i>	gen
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	npd

TETRACICLINAS

<i>demeclacycline hcl (tab 150 mg, tab 300 mg)</i>	gen	
<i>doxycycline (monohydrate) (cap 50 mg, cap 100 mg, for susp 25 mg/5ml, tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg, tab 150 mg)</i>	gen	
DOXYCYCLINE 40 MG CAP DR	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>doxycycline hyclate (cap 50 mg, cap 100 mg, tab 20 mg, tab 100 mg)</i>	gen	
<i>doxycycline hyclate (tab 75 mg, tab 150 mg, tab delayed release 50 mg, tab delayed release 75 mg, tab delayed release 100 mg, tab delayed release 150 mg, tab delayed release 200 mg)</i>	gen	PA
<i>doxycycline hyclate for inj 100 mg</i>	npd	
<i>minocycline hcl (cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg, tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)</i>	gen	
<i>tetracycline hcl (cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	gen	

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS, OTROS

<i>BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)</i>	spec	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION</i>	npd	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)</i>	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (cap delayed release sprinkle 125 mg, tab delayed release 125 mg, tab delayed release 250 mg, tab delayed release 500 mg, tab er 24 hr 250 mg, tab er 24 hr 500 mg)	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
felbamate (susp 600 mg/5ml, tab 400 mg, tab 600 mg)	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)
lamotrigine (orally disintegrating tab 25 mg, orally disintegrating tab 50 mg, orally disintegrating tab 100 mg, orally disintegrating tab 200 mg, tab 25 mg, tab 25 mg (42) & 100 mg (7) starter kit, tab 35 x 25 mg starter kit, tab 84 x 25 mg & 14 x 100 mg starter kit, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab chewable dispersible 5 mg, tab chewable dispersible 25 mg)	gen	
lamotrigine (tab er 24hr 100 mg, tab er 24hr 200 mg)	gen	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
lamotrigine (tab er 24hr 25 mg, tab er 24hr 50 mg)	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
lamotrigine (tab er 24hr 250 mg, tab er 24hr 300 mg)	gen	ST
lamotrigine tab disint 21 x 25 mg & 7 x 50 mg titration kit	gen	QL (28 PER 30 OVER TIME)
lamotrigine tab disint 25 (14) & 50 mg (14) & 100 mg (7) kit	gen	QL (35 PER 30 OVER TIME)
lamotrigine tab disint 42 x 50mg & 14 x 100mg titration kit	gen	QL (56 PER 30 OVER TIME)
levetiracetam (oral soln 100 mg/ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg, tab 1000 mg)	gen	
levetiracetam tab er 24hr 500 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
levetiracetam tab er 24hr 750 mg	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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>topiramate (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 150 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 50 mg)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (sprinkle cap 15 mg, sprinkle cap 25 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	gen	
<i>valproate sodium inj 100 mg/ml</i>	npd	
<i>valproate sodium oral soln 250 mg/5ml (base equiv)</i>	gen	
<i>valproic acid cap 250 mg</i>	gen	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (2 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 (50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	QL (1 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 GAMMAAMINOBUTÍRICO (GABA)

<i>clobazam suspension 2.5 mg/ml</i>	gen	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam tab 10 mg</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam tab 20 mg</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	gen	QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>diazepam rectal gel delivery system 10 mg</i>	gen	QL (20 PER 30 OVER TIME)
<i>diazepam rectal gel delivery system 20 mg</i>	gen	QL (40 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

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

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

<i>APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)</i>	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)</i>	npd	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (cap er 12hr 100 mg, cap er 12hr 200 mg, cap er 12hr 300 mg, chew tab 100 mg, susp 100 mg/5ml, tab 200 mg, tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 400 mg)</i>	gen	
<i>DILANTIN (30 MG CAP, 100 MG CAP, 125 MG/5ML SUSPENSION)</i>	brd	
<i>DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW TAB</i>	brd	
<i>lacosamide (tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide iv inj 200 mg/20ml (10 mg/ml)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>oxcarbazepine (susp 300 mg/5ml (60 mg/ml), tab 150 mg, tab 300 mg, tab 600 mg)</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
PEGANONE 250 MG TAB	npd	
phenytoin (chew tab 50 mg, susp 125 mg/5ml)	gen	
phenytoin sodium extended (cap 100 mg, cap 200 mg, cap 300 mg)	gen	
rufinamide susp 40 mg/ml	gen	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
rufinamide tab 200 mg	gen	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
rufinamide tab 400 mg	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	npd	
zonisamide (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg)	gen	

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

ethosuximide (cap 250 mg, soln 250 mg/5ml)	gen	
methsuximide cap 300 mg	gen	

ANTIDEMENCIALES

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

memantine hcl (cap er 24hr 14 mg, cap er 24hr 21 mg, cap er 24hr 28 mg, cap er 24hr 7 mg, oral solution 2 mg/ml, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack)	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

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

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

AUVELITY 45-105 MG TAB ER	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl (smoking deterrent) tab er 12hr 150 mg	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl (tab 100 mg, tab er 12hr 100 mg)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl (tab er 12hr 150 mg, tab er 24hr 150 mg)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
BUPROPION HCL ER (XL) 450 MG TAB ER 24H	gen	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl tab 75 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl tab er 12hr 200 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl tab er 24hr 300 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE (5-12.5 MG TAB, 10-25 MG TAB)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MAPROTILINE HCL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	gen	
mirtazapine (orally disintegrating tab 15 mg, orally disintegrating tab 30 mg, orally disintegrating tab 45 mg, tab 7.5 mg, tab 15 mg, tab 30 mg, tab 45 mg)	gen	
olanzapine-fluoxetine hcl (cap 3-25 mg, cap 6-25 mg, cap 6-50 mg, cap 12-25 mg, cap 12-50 mg)	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

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
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, tab 15 mg)</i>	gen	
<i>tranylcypromine sulfate tab 10 mg</i>	gen	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>citalopram hydrobromide (oral soln 10 mg/5ml, tab 10 mg (base equiv), tab 20 mg (base equiv), tab 40 mg (base equiv))</i>	gen	
<i>desvenlafaxine succinate (tab er 24hr 25 mg equiv, tab er 24hr 50 mg equiv)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (soln 5 mg/5ml equiv), tab 5 mg equiv, tab 10 mg equiv, tab 20 mg equiv))</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 (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 40 mg, solution 20 mg/5ml, tab 10 mg, tab 20 mg)</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 (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 150 mg)</i>	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate tab 100 mg</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate tab 25 mg</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate tab 50 mg</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	gen	
<i>paroxetine hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg, tab er 24hr 12.5 mg, tab er 24hr 25 mg, tab er 24hr 37.5 mg)</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
paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base equiv)	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
paroxetine mesylate cap 7.5 mg (base equiv)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
sertraline hcl (oral concentrate for solution 20 mg/ml, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	gen	
trazodone hcl (tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 300 mg)	gen	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	npd	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (cap er 24hr 150 mg equivalent), cap er 24hr 37.5 mg equivalent))	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (cap er 24hr 75 mg equivalent), tab er 24hr 75 mg equivalent))	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (tab 25 mg equivalent), tab 37.5 mg equivalent), tab 50 mg equivalent), tab 75 mg equivalent), tab 100 mg equivalent))	gen	
venlafaxine hcl tab er 24hr 150 mg (base equivalent)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl tab er 24hr 37.5 mg (base equivalent)	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
VIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	npd	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)
vilazodone hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

TRICÍCLICOS

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

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

doxylamine-pyridoxine tab delayed release 10-10 mg	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
meclizine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg)	gen	
metoclopramide hcl (soln 5 mg/5ml (10 mg/10ml) equiv), tab 5 mg equivalent), tab 10 mg equivalent))	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)
metoclopramide hcl inj 5 mg/ml (base equivalent)	npd	
perphenazine (tab 2 mg, tab 4 mg, tab 8 mg, tab 16 mg)	gen	
prochlorperazine maleate (tab 5 mg equivalent), tab 10 mg equivalent))	gen	
prochlorperazine suppos 25 mg	gen	
promethazine hcl (suppos 25 mg, suppos 50 mg, tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)	gen	PA
promethazine hcl suppos 12.5 mg	gen	PA, ED
PROMETHEGAN 50 MG SUPPOS	gen	PA
scopolamine td patch 72hr 1 mg/3days	gen	PA
trimethobenzamide hcl cap 300 mg	gen	

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA

aprepitant (capsule 80 mg, capsule 125 mg, capsule therapy pack 80 & 125 mg)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant capsule 40 mg	gen	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
dronabinol (cap 2.5 mg, cap 5 mg, cap 10 mg)	gen	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
gransetron hcl (inj 1 mg/ml, inj 4 mg/4ml (1 mg/ml))	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
gransetron hcl tab 1 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	gen	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml	gen	QL (30 PER 1 DAYS), 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ondansetron hcl tab 4 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl tab 8 mg	gen	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron orally disintegrating tab 4 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron orally disintegrating tab 8 mg	gen	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIESPÁSTICOS

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

ANTIFÚNGICOS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
amphotericin b liposome iv for susp 50 mg	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
caspofungin acetate (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg)	spec	PA
caspofungin acetate (70 mg recon soln, for iv soln 70 mg)	npd	PA
ciclopirox olamine (cream equiv), susp equiv))	gen	
clotrimazole (topical) (cream, soln)	gen	
clotrimazole troche 10 mg	gen	
CRESEMBA (74.5 MG CAP, 186 MG CAP, 372 MG RECON SOLN)	spec	PA
econazole nitrate cream 1%	gen	
fluconazole (for susp 10 mg/ml, for susp 40 mg/ml, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg)	gen	
fluconazole in nacl (inj 200 mg/100ml, inj 400 mg/200ml)	npd	
flucytosine (cap 250 mg, cap 500 mg)	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
griseofulvin microsize (susp 125 mg/5ml, tab 500 mg)	gen	
griseofulvin ultramicrosize (tab 125 mg, tab 250 mg)	gen	
GYNIAZOLE-12 % CREAM	gen	
itraconazole (cap 100 mg, oral soln 10 mg/ml)	gen	Y
ketoconazole (topical) (cream, shampoo)	gen	
ketoconazole foam 2%	gen	ST
ketoconazole tab 200 mg	gen	
LULICONAZOLE 1 % CREAM	gen	ST
micafungin sodium (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg, 100 mg recon soln, for iv soln 100 mg)	spec	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	gen	
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLAT 0.25-15-81.35 % OINTMENT	gen	ST
naftifine hcl (1 % cream, cream 1%, cream 2%, gel 1%)	gen	ST
nystatin (topical) (cream 100000 unit/gm, oint 100000 unit/gm, topical powder 100000 unit/gm)	gen	
nystatin susp 100000 unit/ml	gen	
nystatin tab 500000 unit	gen	
oxiconazole nitrate cream 1%	gen	ST
posaconazole susp 40 mg/ml	gen	PA
posaconazole tab delayed release 100 mg	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
terbinafine hcl tab 250 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
terconazole vaginal (cream 0.4%, cream 0.8%, suppos 80 mg)	gen	
voriconazole (200 mg recon soln, for inj 200 mg)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
voriconazole (for susp 40 mg/ml, tab 50 mg, tab 200 mg)	gen	PA

ANTIGOTOSOS

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

ANTIJAQUECOSOS

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

naratriptan hcl (tab 1 mg equiv), tab 2.5 mg equiv))	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (oral disintegrating tab 5 mg eq), oral disintegrating tab 10 mg eq), tab 5 mg equivalent), tab 10 mg equivalent))	gen	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml soln prsyr, inj 6 mg/0.5ml, solution auto-injector 6 mg/0.5ml, solution cartridge 4 mg/0.5ml, solution cartridge 6 mg/0.5ml)	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)
zolmitriptan (orally disintegrating tab 2.5 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml	gen	PA
dihydroergotamine mesylate nasal spray 4 mg/ml	gen	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	gen	QL (40 PER 28 OVER TIME)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	npd	QL (20 PER 30 OVER TIME)

ANTIJAQUECOSOS, OTROS

UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
---------------------------------	------	------------------------------

PROFILÁCTICOS

AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	brd	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
timolol maleate (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg)	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
ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
GUANIDINE HCL 125 MG TAB	gen	
pyridostigmine bromide (30 mg tab, oral soln 60 mg/5ml, tab 60 mg, tab er 180 mg)	gen	
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
dapsone (tab 25 mg, tab 100 mg)	gen	
rifabutin cap 150 mg	gen	
ANTITUBERCULOSOS		
CAPASTAT SULFATE 1GM RECON SOLN	npd	
ethambutol hcl (tab 100 mg, tab 400 mg)	gen	
isoniazid (syrup 50 mg/5ml, 100 mg tab, tab 100 mg, tab 300 mg)	gen	
ISONIAZID 100 MG/ML SOLUTION	npd	
PASER 4 GM PACKET	npd	
PRIFTIN 150 MG TAB	brd	
pyrazinamide tab 500 mg	gen	
rifampin (cap 150 mg, cap 300 mg)	gen	
rifampin for inj 600 mg	npd	
RIFATER 50-120-300 MG TAB	npd	
SIRTURO 100 MG TAB	spec	PA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
SIRTURO 20 MG TAB	spec	PA, QL (120 PER 28 OVER TIME)
TRECATOR 250 MG TAB	npd	
ANTINEOPLÁSICOS		
ALQUILANTES		
ALKERAN 2 MG TAB	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclophosphamide (25 mg cap, 25 mg tab, cap 25 mg, 50 mg cap, 50 mg tab, cap 50 mg)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP, 100 MG CAP)	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
LEUKERAN 2 MG TAB	brd	
MATULANE 50 MG CAP	brd	LA
MELPHALAN 2 MG TAB	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>thiotepa (inj 15 mg, inj 100 mg)</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 tab 250 mg</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate tab 500 mg</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide tab 50 mg</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, cap 125 mg)</i>	gen	
<i>nilutamide tab 150 mg</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAP, 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 (cap 5 mg, cap 10 mg, cap 15 mg, cap 20 mg, cap 25 mg, caps 2.5 mg)</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

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
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
EMCYT 140 MG CAP	brd	
<i>fulvestrant (250 mg/5ml soln prsyr, inj soln pref syr 250 mg/5ml)</i>	spec	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	npd	
<i>tamoxifen citrate (tab 10 mg equivalent), tab 20 mg equivalent))</i>	gen	
<i>toremifene citrate tab 60 mg (base equivalent)</i>	gen	
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	brd	
<i>hydroxyurea cap 500 mg</i>	gen	
INQOVI 35-100 MG TAB	spec	LA, QL (5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine tab 50 mg</i>	gen	
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	brd	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
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 (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
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (49 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
KOSELUGO 10 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (inj 100 mg, inj 350 mg)</i>	npd	
<i>leucovorin calcium (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 25 mg)</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
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
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

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
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
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

mesna inj 100 mg/ml	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

OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
--	------	---

INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN

anastrozole tab 1 mg	gen
exemestane tab 25 mg	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
letrozole tab 2.5 mg	gen	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	spec	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 50 MG CAP	spec	LA, QL (4 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

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
DAURISMO 100 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (tab 100 mg equivalent), tab 150 mg equivalent)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent)</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (tab 7.5 mg, tab 10 mg)</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (tab susp 2 mg, tab susp 3 mg, tab susp 5 mg)</i>	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib tab 250 mg</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 tab 100 mg (base equivalent)</i>	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate tab 400 mg (base equivalent)</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

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
JAYPIRCA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 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 tab 250 mg (base equiv)</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	QL (40 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MEKINIST 0.5 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl tab 200 mg (base equiv)</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 (14 PER 21 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 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 tab 200 mg (base equivalent)</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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sunitinib malate (cap 37.5 mg equivalent), cap 50 mg equivalent))	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate cap 12.5 mg (base equivalent)	spec	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate cap 25 mg (base equivalent)	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	QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) 100 MG CAP THPK	spec	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) 100 & 25 MG CAP THPK	spec	LA, QL (42 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	spec	LA, QL (42 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	spec	LA, QL (63 PER 28 OVER TIME), 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

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
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
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
VOTRIENT 200 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP)	spec	LA, QL (4 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

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

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

albendazole tab 200 mg	spec
------------------------	------

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
ivermectin tab 3 mg	gen	QL (16 PER 365 OVER TIME)
praziquantel tab 600 mg	gen	
ANTIPROTOZOICOS		
ALINIA 100 MG/5ML RECON SUSP	npd	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
atovaquone susp 750 mg/5ml	gen	PA
atovaquone-proguanil hcl (tab 62.5-25 mg, tab 250-100 mg)	gen	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	npd	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	npd	QL (720 PER 365 OVER TIME)
chloroquine phosphate tab 250 mg	gen	QL (50 PER 30 OVER TIME)
chloroquine phosphate tab 500 mg	gen	QL (25 PER 30 OVER TIME)
COARTEM 20-120 MG TAB	brd	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate tab 100 mg	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate tab 300 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate tab 400 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
mefloquine hcl tab 250 mg	gen	
nitazoxanide tab 500 mg	gen	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate (inj soln 300 mg, soln 300 mg)	gen	
pentamidine isethionate for nebulization soln 300 mg	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
primaquine phosphate (26.3 base) mg tab, tab 26.3 mg mg base))	gen	
pyrimethamine tab 25 mg	spec	PA
quinine sulfate cap 324 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

apomorphine hcl soln cartridge 30 mg/3ml	spec	PA
bromocriptine mesylate (cap 5 mg equivalent), tab 2.5 mg equivalent))	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)

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
pramipexole dihydrochloride (tab 0.125 mg, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg, tab 1.5 mg)	gen	
pramipexole dihydrochloride (tab er 24hr 0.375 mg, tab er 24hr 0.75 mg, tab er 24hr 1.5 mg, tab er 24hr 2.25 mg, tab er 24hr 3 mg, tab er 24hr 3.75 mg, tab er 24hr 4.5 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hydrochloride (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg, tab 5 mg)	gen	
ropinirole hydrochloride (tab er 24hr 2 mg equivalent), tab er 24hr 4 mg equivalent), tab er 24hr 6 mg equivalent))	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hydrochloride tab er 24hr 12 mg (base equivalent)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ropinirole hydrochloride tab er 24hr 8 mg (base equivalent)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

ANTICOLINÉRGICOS

benztropine mesylate (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)	gen
benztropine mesylate inj 1 mg/ml	npd
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, oral soln 0.4 mg/ml, tab 2 mg, tab 5 mg)	gen

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

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

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)

rasagiline mesylate (tab 0.5 mg equiv), tab 1 mg equiv))	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl (cap 5 mg, tab 5 mg)	gen	

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

carbidopa tab 25 mg	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
CARBIDOPA-LEVODOPA (CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 10-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-250 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 50-200 MG, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP)	gen	

ANTIPSICÓTICOS

PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS

<i>chlorpromazine hcl (inj 25 mg/ml, inj 50 mg/2ml)</i>	npd	
<i>chlorpromazine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, 30 mg/ml conc, tab 50 mg, 100 mg/ml conc, tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	gen	
<i>fluphenazine decanoate inj 25 mg/ml</i>	npd	
<i>fluphenazine hcl (tab 1 mg, 2.5 mg/5ml elixir, tab 2.5 mg, 5 mg/ml conc, tab 5 mg, tab 10 mg)</i>	gen	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	npd	
<i>haloperidol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	gen	
<i>haloperidol decanoate (soln 50 mg/ml, soln 100 mg/ml)</i>	brd	
<i>haloperidol lactate inj 5 mg/ml</i>	brd	
<i>haloperidol lactate oral conc 2 mg/ml</i>	gen	
<i>loxapine succinate (cap 5 mg, cap 10 mg, cap 25 mg, cap 50 mg)</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 (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (cap 1 mg, cap 2 mg, cap 5 mg, cap 10 mg)</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
trifluoperazine hcl (tab 1 mg equivalent), tab 2 mg equivalent), tab 5 mg equivalent), tab 10 mg equivalent))	gen	
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
clozapine (12.5 mg tab disp, orally disintegrating tab 25 mg, orally disintegrating tab 100 mg, orally disintegrating tab 150 mg, orally disintegrating tab 200 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, tab 200 mg)	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 - FOR NEW STARTS ONLY
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ariPIPRAZOLE (orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 15 mg, tab 5 mg)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ariPIPRAZOLE (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg, tab 30 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ariPIPRAZOLE oral solution 1 mg/ml	gen	QL (25 PER 1 DAYS)
ariPIPRAZOLE tab 2 mg	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 - FOR NEW STARTS ONLY
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	spec	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
asenapine maleate (sl tab 2.5 mg equiv), sl tab 5 mg equiv), sl tab 10 mg equiv))	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 - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.75 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	spec	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	npd	QL (0.25 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	spec	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lurasidone hcl (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 60 mg)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (tab 80 mg, tab 120 mg)</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 (orally disintegrating tab 5 mg, orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 15 mg, orally disintegrating tab 20 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg)</i>	gen	
<i>olanzapine for im inj 10 mg</i>	npd	
<i>paliperidone (tab er 24hr 1.5 mg, tab er 24hr 3 mg, tab er 24hr 9 mg)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone tab er 24hr 6 mg</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 - FOR NEW STARTS ONLY
<i>quetiapine fumarate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg, tab 400 mg, tab er 24hr 150 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 50 mg, 150 mg tab)</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
RISPERDAL CONSTA (25 MG, 37.5 MG, 50 MG)	spec	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG SRER	npd	

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
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, orally disintegrating tab 0.5 mg, orally disintegrating tab 1 mg, orally disintegrating tab 2 mg, orally disintegrating tab 3 mg, orally disintegrating tab 4 mg, soln 1 mg/ml, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg)</i>	gen	
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 (cap 20 mg, cap 40 mg, cap 60 mg, cap 80 mg)</i>	gen	
<i>ziprasidone mesylate for inj 20 mg (base equivalent)</i>	npd	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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 for soln 50 mg/ml (base equiv)</i>	gen	QL (18 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl tab 450 mg (base equivalent)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ZIRGAN 0.15 % GEL	npd	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ANTIGRIPALES

<i>oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)</i>	gen	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)</i>	gen	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)</i>	gen	QL (60 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)</i>	gen	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	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
XOFLUZA (40 MG DOSE) (OFLUZA MG DOSE) 140 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)

ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)

adefovir dipivoxil tab 10 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	brd	QL (21 PER 1 DAYS)
entecavir (tab 0.5 mg, tab 1 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	brd	
lamivudine tab 100 mg (hbv)	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)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	gen	
ribavirin (hepatitis c) (cap 200 mg, tab 200 mg)	gen	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIHERPÉTICOS

acyclovir (cap 200 mg, susp 200 mg/5ml, tab 400 mg, tab 800 mg)	gen	
acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (tab 125 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)	gen	
TRIFLURIDINE 1% SOLUTION	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
valacyclovir hcl (tab 1 gm, tab 500 mg)	gen	
ANTIRRETRÓVÍRICOS, 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)
ANTIRRETRÓVÍRICOS, 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)
atazanavir sulfate (cap 150 mg equiv), cap 200 mg equiv))	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)	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)
darunavir tab 600 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
darunavir tab 800 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
fosamprenavir calcium tab 700 mg (base equiv)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	brd	QL (56 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	gen	QL (13 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NORVIR 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 tab 100 mg</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)

ANTIRRETRÓVÍRICOS, 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 tab 600 mg</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate (tab 400-300-300 mg, tab 600-300-300 mg)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine tab 100 mg</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine tab 200 mg</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab 200 mg</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab er 24hr 400 mg</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)
RESCRIPTOR 200 MG TAB	brd	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

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

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

abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg	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)
emtricitabine caps 200 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate (tab 100-150 mg, tab 133-200 mg, tab 167-250 mg, tab 200-300 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	brd	QL (24 PER 1 DAYS)
lamivudine oral soln 10 mg/ml	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
lamivudine tab 150 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lamivudine tab 300 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
stavudine (15 mg cap, cap 15 mg, 20 mg cap, cap 20 mg, 30 mg cap, cap 30 mg, 40 mg cap, cap 40 mg)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate tab 300 mg	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)
VIDEX 2 GM RECON SOLN	brd	
VIDEX EC 125 MG CAP DR	brd	QL (1 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)
zidovudine cap 100 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
zidovudine syrup 10 mg/ml	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
zidovudine tab 300 mg	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIRRETRÓVÍRICOS, 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 tab 150 mg</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc tab 300 mg</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
LITHIUM 8 MEQ/5ML SOLUTION	gen
<i>lithium carbonate (150 mg cap, cap 150 mg, 300 mg cap, cap 300 mg, cap 600 mg, tab 300 mg, tab er 300 mg, tab er 450 mg, 600 mg cap)</i>	gen

BUCODENTALES

<i>cevimeline hcl cap 30 mg</i>	gen	
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	gen	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>pilocarpine hcl (oral) (tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	gen	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1%</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
------------------------	-------	--------------------

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

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

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

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

ANTIARRÍTMICOS

amiodarone hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 400 mg)	gen	
disopyramide phosphate (cap 100 mg, cap 150 mg)	gen	
dofetilide (cap 125 mcg (0.125 mg), cap 250 mcg (0.25 mg), cap 500 mcg (0.5 mg))	gen	
flecainide acetate (tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg)	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
<i>mexiletine hcl (cap 150 mg, cap 200 mg, cap 250 mg)</i>	gen	
MULTAQ 400 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>propafenone hcl (cap er 12hr 225 mg, cap er 12hr 325 mg, cap er 12hr 425 mg, tab 150 mg, tab 225 mg, tab 300 mg)</i>	gen	
<i>quinidine gluconate tab er 324 mg</i>	gen	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, tab 200 mg, 300 mg tab, tab 300 mg)</i>	gen	
<i>sotalol hcl (afib/afl) ((afib/afl) tab 80 mg, (afib/afl) tab 120 mg, (afib/afl) tab 160 mg)</i>	gen	
<i>sotalol hcl (tab 80 mg, tab 120 mg, tab 160 mg, tab 240 mg)</i>	gen	

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA

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

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>acebutolol hcl (cap 200 mg, cap 400 mg)</i>	gen	
<i>atenolol (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)</i>	gen	
<i>betaxolol hcl (tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	gen	
<i>bisoprolol fumarate (tab 5 mg, tab 10 mg)</i>	gen	
<i>carvedilol (tab 3.125 mg, tab 6.25 mg, tab 12.5 mg, tab 25 mg)</i>	gen	
<i>carvedilol phosphate (cap er 24hr 10 mg, cap er 24hr 20 mg, cap er 24hr 40 mg, cap er 24hr 80 mg)</i>	gen	ST
<i>labetalol hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg)</i>	gen	
<i>metoprolol succinate (tab er 24hr 100 mg equiv), tab er 24hr 200 mg equiv), tab er 24hr 25 mg equiv), tab er 24hr 50 mg equiv))</i>	gen	
<i>metoprolol tartrate (tab 25 mg, tab 37.5 mg, tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)</i>	gen	
<i>nadolol (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</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
nebivolol hcl (tab 2.5 mg equivalent), tab 5 mg equivalent, tab 10 mg equivalent, tab 20 mg equivalent))	gen	
pindolol (tab 5 mg, tab 10 mg)	gen	
propranolol hcl (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 160 mg, cap er 24hr 60 mg, cap er 24hr 80 mg, oral soln 20 mg/5ml, tab 10 mg, tab 20 mg, 40 mg/5ml solution, tab 40 mg, tab 60 mg, tab 80 mg)	gen	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

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

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

diltiazem hcl (cap er 12hr 120 mg, cap er 12hr 60 mg, cap er 12hr 90 mg, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, tab 30 mg, tab 60 mg, tab 90 mg, tab 120 mg, tab er 24hr 120 mg, tab er 24hr 180 mg, tab er 24hr 240 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr 360 mg, tab er 24hr 420 mg)	gen	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	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
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	gen	
diltiazem hcl coated beads (beads cap er 24hr 120 mg, beads cap er 24hr 180 mg, beads cap er 24hr 240 mg, beads cap er 24hr 300 mg)	gen	
diltiazem hcl extended release beads (beads cap er 24hr 120 mg, beads cap er 24hr 180 mg, beads cap er 24hr 240 mg, beads cap er 24hr 300 mg, beads cap er 24hr 360 mg, beads cap er 24hr 420 mg)	gen	
verapamil hcl (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 240 mg, tab 40 mg, tab 80 mg, tab 120 mg, tab er 120 mg, tab er 180 mg, tab er 240 mg)	gen	
VERAPAMIL HCL ER (ER 100 MG CAP ER 24H, ER 200 MG CAP ER 24H, ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)	gen	

CARDIOVASCULARES, OTROS

acetazolamide (tab 125 mg, tab 250 mg)	gen	
aliskiren fumarate (tab 150 mg equivalent), tab 300 mg equivalent))	gen	PA
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg	gen	
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE 5-50 MG TAB	gen	
amlodipine besylate-atorvastatin calcium (tab 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)	gen	
amlodipine besylate-benazepril hcl (cap 2.5-10 mg, cap 5-10 mg, cap 5-20 mg, cap 5-40 mg, cap 10-20 mg, cap 10-40 mg)	gen	
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil (tab 5-20 mg, tab 5-40 mg, tab 10-20 mg, tab 10-40 mg)	gen	
amlodipine besylate-valsartan (tab 5-160 mg, tab 5-320 mg, tab 10-160 mg, tab 10-320 mg)	gen	
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide (tab 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)	gen	
atenolol & chlorthalidone (tab 50-25 mg, tab 100-25 mg)	gen	
benazepril & hydrochlorothiazide (tab 5-6.25 mg, tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg)	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
bisoprolol & hydrochlorothiazide (tab 2.5-6.25 mg, tab 5-6.25 mg, tab 10-6.25 mg)	gen	
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide (tab 16-12.5 mg, tab 32-12.5 mg, tab 32-25 mg)	gen	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	gen	
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	npd	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
digoxin (0.05 mg/ml solution, oral soln 0.05 mg/ml)	gen	
digoxin (tab 125 mcg (0.125 mg), tab 250 mcg (0.25 mg))	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin tab 62.5 mcg (0.0625 mg)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
enalapril maleate & hydrochlorothiazide (tab 5-12.5 mg, tab 10-25 mg)	gen	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg)	gen	
irbesartan-hydrochlorothiazide (tab 150-12.5 mg, tab 300-12.5 mg)	gen	
isosorbide dinitrate-hydralazine hcl tab 20-37.5 mg	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
lisinopril & hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg)	gen	
losartan potassium & hydrochlorothiazide (tab 50-12.5 mg, tab 100-12.5 mg, tab 100-25 mg)	gen	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	gen	
metoprolol & hydrochlorothiazide (tab 50-25 mg, tab 100-25 mg, tab 100-50 mg)	gen	
metyrosine cap 250 mg	spec	
olmesartan medoxomilamlodipinehydrochlorothiazide (tab 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)	gen	
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide (tab 20-12.5 mg, tab 40-12.5 mg, tab 40-25 mg)	gen	
pentoxifylline tab er 400 mg	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
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	gen	
quinapril-hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg)	gen	
ranolazine (tab er 500 mg, tab er 1000 mg)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	gen	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, tab 40-10 mg, tab 40-5 mg, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab, tab 80-10 mg, tab 80-5 mg)	gen	
telmisartan-hydrochlorothiazide (tab 40-12.5 mg, tab 80-12.5 mg, tab 80-25 mg)	gen	
trandolapril-verapamil hcl (tab er 2-180 mg, tab er 2-240 mg, tab er 4-240 mg)	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	
triamterene & hydrochlorothiazide (cap 37.5-25 mg, tab 37.5-25 mg, tab 75-50 mg)	gen	
valsartan-hydrochlorothiazide (tab 80-12.5 mg, tab 160-12.5 mg, tab 160-25 mg, tab 320-12.5 mg, tab 320-25 mg)	gen	
VECAMYL 2.5 MG TAB	gen	
VYNDAMAX 61 MG CAP	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

choline fenofibrate (cap dr 45 mg equiv), cap dr 135 mg equiv))	gen
fenofibrate (tab 40 mg, tab 48 mg, 50 mg cap, tab 54 mg, tab 120 mg, tab 145 mg, 150 mg cap, tab 160 mg)	gen
fenofibrate micronized (cap 43 mg, cap 67 mg, cap 130 mg, cap 134 mg, cap 200 mg)	gen
gemfibrozil tab 600 mg	gen

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

atorvastatin calcium (tab 10 mg equivalent), tab 20 mg equivalent), tab 40 mg equivalent), tab 80 mg equivalent))	gen
fluvastatin sodium (cap 20 mg equivalent), cap 40 mg equivalent), tab er 24 hr 80 mg equivalent))	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
lovastatin (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)	gen	
pravastatin sodium (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)	gen	
rosuvastatin calcium (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)	gen	
simvastatin (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)	gen	

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

cholestyramine (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)	gen	
cholestyramine light (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)	gen	
colesevelam hcl (packet for susp 3.75 gm, tab 625 mg)	gen	
colestipol hcl (granule packets 5 gm, granules 5 gm, tab 1 gm)	gen	
ezetimibe tab 10 mg	gen	
ezetimibe-simvastatin (tab 10-10 mg, tab 10-20 mg, tab 10-40 mg, tab 10-80 mg)	gen	
icosapent ethyl cap 0.5 gm	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
icosapent ethyl cap 1 gm	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
JUXTAPID (40 MG CAP, 60 MG CAP)	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 10 MG CAP	spec	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 20 MG CAP	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 30 MG CAP	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 5 MG CAP	spec	PA, LA, QL (12 PER 1 DAYS)
niacin (antihyperlipidemic) (tab er 750 mg (antihyperlipidemic), tab er 1000 mg (antihyperlipidemic))	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	gen	
niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	gen	
omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
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)

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
------------------------	-------	--------------------

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

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

DIURÉTICOS, ASA

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

DIURÉTICOS, TIAZIDAS

<i>CHLOROTHIAZIDE (250 MG TAB, 500 MG TAB)</i>	gen
<i>chlorthalidone (tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	gen
<i>DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION</i>	npd
<i>hydrochlorothiazide (cap 12.5 mg, tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	gen
<i>indapamide (tab 1.25 mg, tab 2.5 mg)</i>	gen
<i>metolazone (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)</i>	gen

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)

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

VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

hydralazine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	gen
minoxidil (tab 2.5 mg, tab 10 mg)	gen

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

isosorbide dinitrate (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg)	gen	
ISOSORBIDE DINITRATE ER 40 MG TAB ER	gen	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, tab 10 mg, 20 mg tab, tab 20 mg, tab er 24hr 120 mg, tab er 24hr 30 mg, tab er 24hr 60 mg)	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	
nitroglycerin (sl tab 0.3 mg, sl tab 0.4 mg, sl tab 0.6 mg, td patch 24hr 0.1 mg/hr, td patch 24hr 0.2 mg/hr, td patch 24hr 0.4 mg/hr, td patch 24hr 0.6 mg/hr, tl soln 0.4 mg/spray (400 mcg/spray))	gen	
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	brd	
RECTIV 0.4 % OINTMENT	npd	QL (30 PER 30 OVER TIME)

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁcea, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

acitretin (cap 10 mg, cap 17.5 mg, cap 25 mg)	gen	
adapalene (cream 0.1%, gel 0.1%, gel 0.3%)	gen	PA
ADAPALENE 0.1 % LOTION	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
adapalene-benzoyl peroxide (gel 0.1-2.5%, gel 0.3-2.5%)	gen	ST
azelaic acid gel 15%	gen	QL (50 PER 30 OVER TIME)
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%	gen	
clindamycin phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel 1.2 (1)-5%	gen	
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide gel 1-5%	gen	
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide gel 1.2-2.5%	gen	ST
clindamycin phosphate-tretinoïn gel 1.2-0.025%	gen	ST
isotretinoïn (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 25 mg, cap 30 mg, cap 35 mg, cap 40 mg)	gen	
tazarotene cream 0.1%	gen	
TAZORAC 0.05 % CREAM	npd	
tretinoïn (cream 0.025%, cream 0.05%, cream 0.1%, gel 0.01%, gel 0.025%, gel 0.05%)	gen	PA

ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

acyclovir cream 5%	gen	PA, QL (5 PER 30 OVER TIME)
acyclovir oint 5%	gen	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
ciclopirox (gel 0.77%, shampoo 1%, solution 8%)	gen	
clindamycin phosphate (topical) (foam, gel, lotion, soln)	gen	
dapsone (topical) (gel 5%, gel 7.5%)	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME)
ERY 2 % PAD	gen	
erythromycin (acne aid) (gel, soln)	gen	
mafénide acetate packet for topical soln 5% (50 gm)	gen	
mupirocin oint 2%	gen	
penciclovir cream 1%	gen	PA, QL (5 PER 30 OVER TIME)
SULFAMYLYON 85 MG/GM CREAM	npd	

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

alclometasone dipropionate oint 0.05%	gen
ANUSOL-HC 2.5 % CREAM	gen
betamethasone dipropionate (topical) (cream, lotion)	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
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG 0.05 % GEL	gen	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	gen	
<i>betamethasone valerate (cream equivalent), lotion equivalent), oint equivalent))</i>	gen	
CAPEX 0.01 % SHAMPOO	npd	
<i>clobetasol propionate (cream, gel, lotion, oint, shampoo, soln)</i>	gen	
<i>clobetasol propionate emollient base cream 0.05%</i>	gen	
<i>clobetasol propionate emulsion foam 0.05%</i>	gen	PA
<i>clobetasol propionate foam 0.05%</i>	gen	PA
<i>desonide (cream, oint)</i>	gen	
<i>desonide gel 0.05%</i>	gen	PA
<i>desoximetasone (cream 0.05%, cream 0.25%, oint 0.25%)</i>	gen	
<i>desoximetasone (gel 0.05%, oint 0.05%, spray 0.25%)</i>	gen	ST
DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM	gen	
<i>fluocinolone acetonide (cream 0.01%, cream 0.025%, oil 0.01% (body oil), oil 0.01% (scalp oil), oint 0.025%, soln 0.01%)</i>	gen	
<i>fluocinonide (cream, gel, oint, soln)</i>	gen	
<i>fluocinonide cream 0.1%</i>	gen	ST
<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i>	gen	
<i>flurandrenolide (lotion, oint)</i>	gen	PA
<i>fluticasone propionate (cream 0.05%, oint 0.005%)</i>	gen	
<i>halobetasol propionate (cream, oint)</i>	gen	QL (200 PER 28 OVER TIME)
<i>hydrocortisone (rectal) (cream 1%, cream 2.5%)</i>	gen	
<i>hydrocortisone (topical) (cream 1%, cream 2.5%, lotion 2.5%, oint 1%, oint 2.5%)</i>	gen	
<i>hydrocortisone butyrate (0.1 % cream, 0.1 % solution, cream 0.1%, soln 0.1%)</i>	gen	ST
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	gen	ST
<i>lactic acid (ammonium lactate) (lactate) cream, lactate) 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>mometasone furoate solution 0.1% (lotion)</i>	gen	
<i>pimecrolimus cream 1%</i>	gen	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	gen	
<i>tacrolimus (topical) (oint 0.03%, oint 0.1%)</i>	gen	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide (topical) (cream 0.025%, cream 0.1%, cream 0.5%, lotion 0.025%, lotion 0.1%, oint 0.025%, oint 0.1%, oint 0.5%)</i>	gen	
<i>triamcinolone acetonide aerosol soln 0.147 mg/gm</i>	gen	PA

DERMATOLÓGICOS, OTROS

<i>ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION</i>	brd	
<i>calcipotriene (cream, oint, soln (50 mcg/ml))</i>	gen	
<i>calcipotriene-betamethasone dipropionate oint 0.005-0.064%</i>	gen	PA
<i>CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT</i>	gen	
<i>clotrimazole w/ betamethasone (w/ cream 1-0.05%, w/ lotion 1-0.05%)</i>	gen	
<i>diclofenac sodium (actinic keratoses) gel 3%</i>	gen	PA, QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>EPIFOAM 1-1 % FOAM</i>	brd	
<i>FLUOROURACIL (2 % SOLUTION, 5 % SOLUTION)</i>	gen	
<i>fluorouracil cream 5%</i>	gen	
<i>hydrocortisone acetate w/ pramoxine perianal cream 1-1%</i>	gen	
<i>imiquimod cream 5%</i>	gen	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>methoxsalen rapid (10 mg cap, cap 10 mg)</i>	gen	
<i>nystatin-triamcinolone (cream 100000-0.1 unit/gm-%, oint 100000-0.1 unit/gm-%)</i>	gen	
<i>OTEZLA 30 MG TAB</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox (0.5 % solution, soln 0.5%)</i>	gen	
<i>PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)</i>	brd	
<i>PROCTOFOAM HC 1-1 % FOAM</i>	brd	
<i>REGRANEX 0.01 % GEL</i>	brd	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
<i>SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT</i>	brd	QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>silver sulfadiazine cream 1%</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
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	spec	PA
SODIUM SULFACETAMIDE-BAKUCHIOL 10 % LIQUID	gen	ED
SSS 10-5 10-5 % FOAM	gen	ED
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	spec	PA
<i>sulfacetamide sodium w/ sulfur cream 10-5%</i>	gen	ED
SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR (10-5 % LOTION, 10-5 % SUSPENSION)	gen	ED
TOLAK 4 % CREAM	brd	

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

IVERMECTIN 0.5 % LOTION	gen	
IVERMECTIN 1 % CREAM	gen	PA, QL (45 PER 30 OVER TIME)
<i>ivermectin cream 1%</i>	gen	PA, QL (45 PER 30 OVER TIME)
LINDANE 1 % SHAMPOO	gen	
<i>malathion lotion 0.5%</i>	gen	
<i>permethrin cream 5%</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	
deferasirox (tab 180 mg, tab 360 mg, tab for oral susp 250 mg, tab for oral susp 500 mg)	spec	
deferasirox tab 90 mg	npd	
deferasirox tab for oral susp 125 mg	brd	
defeprinone tab 1000 mg	spec	PA
defeprinone tab 500 mg	spec	PA, LA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	spec	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>trientine hcl cap 250 mg</i>	spec	PA, QL (8 PER 1 DAYS)

QUELANTES DE FOSFATO

AURYXIA 1 GM 210 MG(FE) TAB	npd	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>calcium acetate (phosphate binder) (binder) cap 667 mg (169 mg ca), binder) tab 667 mg</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
<i>lanthanum carbonate (chew tab 500 mg (elemental), chew tab 750 mg (elemental), chew tab 1000 mg (elemental))</i>	gen	
<i>sevelamer carbonate (packet 0.8 gm, packet 2.4 gm, tab 800 mg)</i>	gen	
<i>sevelamer hcl (tab 400 mg, tab 800 mg)</i>	gen	

QUELANTES DE POTASIO

<i>sodium polystyrene sulfonate (*sodium powder**, sodium oral susp 15 gm/60ml)</i>	gen	
<i>SPS 15 GM/60ML SUSPENSION</i>	gen	
<i>VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)</i>	brd	

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

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 soluble tab 200 mg</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	
KCL IN DEXTROSE-NACL (20-5-0.225 MEQ/L-%-% SOLUTION, 40-5-0.9 MEQ/L-%-% SOLUTION)	npd	
<i>magnesium sulfate (50 % solution, inj 50%)</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

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
potassium chloride (cap er 8 meq, cap er 10 meq, oral soln 10% (20 meq/15ml), oral soln 20% (40 meq/15ml), powder packet 20 meq, tab er 8 meq (600 mg), tab er 10 meq, tab er 20 meq (1500 mg))	gen	
potassium chloride (inj 2 meq/ml, 10 meq/100ml solution, inj 10 meq/100ml, 20 meq/100ml solution, inj 20 meq/100ml, 40 meq/100ml solution, inj 40 meq/100ml)	npd	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TAB ER	gen	
potassium chloride in dextrose & sodium chloride (20 meq/l (0.1)0.2% inj, 20 meq/l (0.1)0.4inj, 20 meq/l (0.1)0.9% inj, 40 meq/l (0.3%)0.9% inj)	npd	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL (KCL 20 MEQ/L (0.15%)0.9% INJ, KCL 40 MEQ/L (0.3%)0.9% INJ, POTASSIUM CHLORIDE20-0.9 MEQ/L-% SOLUTION, POTASSIUM CHLORIDE40-0.9 MEQ/L-% SOLUTION)	npd	
potassium chloride microencapsulated crystals er (crys er tab 10, crys er tab 15, crys er tab 20)	gen	
potassium citrate (alkalinizer) (tab er 5 (540 mg), tab er 10 (1080 mg), tab er 15 (1620 mg))	gen	
PREMASOL 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
sodium chloride (iv soln 0.45%, 0.9 % solution, inj 2.5 meq/ml (14.6%), iv soln 0.9%, iv soln 3%, iv soln 5%, preservative free (pf) inj 0.9%)	npd	

VITAMINAS

*pediatric multiple vitamins w/ fl-fe drops 0.25-10 mg/ml**	gen	ED
cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml	gen	ED
dextrose (inj 5%, inj 10%)	npd	
dextrose 5% in lactated ringers	npd	
dextrose w/ sodium chloride (2.5% w/ 0.45%, 5% w/ 0.2%, 5% w/ 0.225%, 5% w/ 0.3%, 5% w/ 0.33%, 5% w/ 0.45%, 5% w/ 0.9%)	npd	
DEXTROSE-NACL (2.5-0.45 % SOLUTION, 5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION, 5-0.33 % SOLUTION, 10-0.2 % SOLUTION, 10-0.45 % SOLUTION)	npd	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE (5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION)	npd	
folic acid tab 1 mg	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
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	npd	
<i>lactated ringer's for irrigation</i>	gen	
<i>lactated ringer's solution</i>	npd	
LACTATED RINGERS SOLUTION	npd	
<i>levocarnitine (metabolic modifiers) (oral soln 1 gm/10ml (10%), tab 330 mg)</i>	gen	
MULTI-VIT-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	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>pediatric multivitamins w/fl (w/ chew tab 0.5 mg***, w/ soln 0.25 mg/ml***)</i>	gen	ED
<i>pediatric vitamins acd w/ fluoride (w/ soln 0.25 mg/ml***, w/ soln 0.5 mg/ml***)</i>	gen	
POLY-VI-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
<i>potassium bicarbonate effer tab 25 meq</i>	gen	ED
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE (20 MEQ/L (0.15%)5% INJ, 40-5 MEQ/L-% SOLUTION)	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>ringer's solution</i>	npd	
<i>ringer's solution for irrigation</i>	gen	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium fluoride (chew tab 0.25 mg f 0.55 mg naf), chew tab 0.5 mg f 1.1 mg naf), chew tab 1 mg f 2.2 mg naf), soln 0.5 mg/ml f 1.1 mg/ml naf)</i>	gen	
TPN ELECTROLYTES CONC	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
AMINOSALICILATOS		
balsalazide disodium cap 750 mg	gen	
DIPENTUM 250 MG CAP	npd	PA
mesalamine (cap dr 400 mg, 800 mg tab dr, tab delayed release 800 mg)	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
mesalamine (cap er 24hr 0.375 gm, tab delayed release 1.2 gm)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine (enema 4 gm, suppos 1000 mg)	gen	
mesalamine cap er 500 mg	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
sulfasalazine (tab 500 mg, tab delayed release 500 mg)	gen	
GLUCOCORTICOIDES		
budesonide delayed release particles cap 3 mg	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
budesonide tab er 24hr 9 mg	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	brd	
hydrocortisone (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg)	gen	
hydrocortisone enema 100 mg/60ml	gen	
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alendronate sodium (5 mg tab, oral soln 70 mg/75ml, tab 10 mg, tab 35 mg, 40 mg tab, tab 70 mg)	gen	
calcitonin (salmon) nasal soln 200 unit/act	gen	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
calcitriol (cap 0.25 mcg, cap 0.5 mcg, oral soln 1 mcg/ml)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (tab 30 mg equiv), tab 60 mg equiv), tab 90 mg equiv))	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol (cap 0.5 mcg, cap 1 mcg, cap 2.5 mcg)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol inj 4 mcg/2ml (2 mcg/ml)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)	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
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	spec	PA
<i>ibandronate sodium iv soln 3 mg/3ml (base equivalent)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)</i>	gen	
NATPARA (25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE)	spec	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>paricalcitol (cap 1 mcg, cap 2 mcg, cap 4 mcg)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>paricalcitol (soln 2 mcg/ml, soln 5 mcg/ml)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	npd	PA
<i>risedronate sodium (tab 5 mg, tab 30 mg, tab 35 mg, tab 150 mg, tab delayed release 35 mg)</i>	gen	
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	spec	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
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, inj conc for iv infusion 4 mg/5ml, iv soln 5 mg/100ml)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

<i>cimetidine (tab 200 mg, tab 300 mg, tab 400 mg, tab 800 mg)</i>	gen
<i>cimetidine hcl (300 mg/5ml solution, soln 300 mg/5ml)</i>	gen
<i>famotidine (for susp 40 mg/5ml, tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	gen
<i>nizatidine (15 mg/ml solution, 150 mg cap, cap 150 mg, 300 mg cap, cap 300 mg)</i>	gen

ANTIDIARREICOS

<i>alosetron hcl (tab 0.5 mg equiv), tab 1 mg equiv))</i>	spec	PA
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	gen	
<i>DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID</i>	gen	
<i>loperamide hcl cap 2 mg</i>	gen	
<i>XERMELO 250 MG TAB</i>	spec	PA, LA, 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

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

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsy, soln prefill syr 0.5 mg/5ml (0.1 mg/ml), 1 mg/10ml soln prsy, soln prefill syr 1 mg/10ml (0.1 mg/ml))</i>	npd	
<i>chlordiazepoxide hcl-clidinium bromide cap 5-2.5 mg</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), ED
<i>dicyclomine hcl (cap 10 mg, oral soln 10 mg/5ml, tab 20 mg)</i>	gen	PA
<i>glycopyrrolate (tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	gen	
<i>glycopyrrolate oral soln 1 mg/5ml</i>	gen	PA
<i>hyoscyamine sulfate (elixir 0.125 mg/5ml, sl tab 0.125 mg, soln 0.125 mg/ml, tab 0.125 mg, tab disint 0.125 mg, tab er 12hr 0.375 mg)</i>	gen	ED
<i>methscopolamine bromide (tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	gen	
<i>pb-hyoscy-atrop-scopol elix 16.2-0.1037-0.0194-0.0065 mg/5ml</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), ED
<i>pb-hyoscy-atrop-scopol tab 16.2-0.1037-0.0194-0.0065 mg</i>	gen	ED
<i>PROPANTHELINE BROMIDE 15 MG TAB</i>	gen	PA

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>lactulose (encephalopathy) solution 10 gm/15ml</i>	gen	
<i>lactulose solution 10 gm/15ml</i>	gen	
<i>LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)</i>	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (cap 8 mcg, cap 24 mcg)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)</i>	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN</i>	brd	
<i>NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN</i>	brd	
<i>peg 3350-kcl-nacl-na sulfate-na ascorbate-c for soln 100 gm</i>	gen	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	gen	
<i>PEG-PREP 5-210 MG-GM KIT</i>	gen	
<i>PLENU 140 GM RECON SOLN</i>	brd	
<i>RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION)</i>	spec	PA

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
sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	gen	

GASTROINTESTINALES, OTROS

GATTEX 5 MG KIT	spec	PA, LA
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	gen	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	brd	
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm	gen	
SKYRIZI (180 MG/1.2ML SOLN CART, 360 MG/2.4ML SOLN CART)	spec	PA
ursodiol (cap 300 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)	gen	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

dexlansoprazole cap delayed release 30 mg	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
dexlansoprazole cap delayed release 60 mg	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
esomeprazole magnesium cap delayed release 20 mg (base eq)	gen	
esomeprazole magnesium cap delayed release 40 mg (base eq)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lansoprazole cap delayed release 15 mg	gen	
lansoprazole cap delayed release 30 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
omeprazole (cap 10 mg, cap 20 mg)	gen	
omeprazole cap delayed release 40 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
pantoprazole sodium ec tab 20 mg (base equiv)	gen	
pantoprazole sodium ec tab 40 mg (base equiv)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
pantoprazole sodium for iv soln 40 mg (base equiv)	npd	
rabeprazole sodium ec tab 20 mg	gen	

PROTECTORES

misoprostol (tab 100 mcg, tab 200 mcg)	gen
sucralfate (susp 1 gm/10ml, tab 1 gm)	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
GENITOURINARIOS		
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
<i>darifenacin hydrobromide tab er 24hr 15 mg (base equiv)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darifenacin hydrobromide tab er 24hr 7.5 mg (base equiv)</i>	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate (tab er 24hr 4 mg, tab er 24hr 8 mg)</i>	gen	
<i>flavoxate hcl tab 100 mg</i>	gen	
<i>GEMTESA 75 MG TAB</i>	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)</i>	brd	
<i>oxybutynin chloride (solution 5 mg/5ml, tab 5 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 15 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	gen	
<i>solifenacina succinate (tab 5 mg, tab 10 mg)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (cap er 24hr 2 mg, cap er 24hr 4 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	gen	ST
<i>trospium chloride (cap er 24hr 60 mg, tab 20 mg)</i>	gen	
GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	gen	
<i>CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACKET</i>	gen	ED
<i>ELMIRON 100 MG CAP</i>	brd	
<i>MUSE (125 MCG PELLET, 250 MCG PELLET, 500 MCG PELLET, 1000 MCG PELLET)</i>	brd	PA, QL (6 PER 30 OVER TIME), ED
<i>penicillamine tab 250 mg</i>	spec	PA
<i>phenazopyridine hcl (tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	gen	ED
<i>pot & sod citrates w/ cit ac soln 550-500-334 mg/5ml</i>	gen	ED
<i>potassium citrate-citric acid (powder pack 3300-1002 mg, soln 1100-334 mg/5ml)</i>	gen	ED
<i>potassium phosphate monobasic tab 500 mg</i>	gen	ED
<i>sildenafil citrate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)</i>	gen	PA, QL (6 PER 30 OVER TIME), 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
sodium citrate & citric acid soln 500-334 mg/5ml	gen	ED
THIOLA EC (EC 100 MG TAB DR, EC 300 MG TAB DR)	spec	PA, LA
tiopronin tab 100 mg	spec	PA
vardenafil hcl (orally disintegrating tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg)	gen	PA, QL (6 PER 30 OVER TIME), ED

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

alfuzosin hcl tab er 24hr 10 mg	gen	
dutasteride cap 0.5 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
finasteride tab 5 mg	gen	
silodosin (cap 4 mg, cap 8 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
tadalafil (tab 10 mg, tab 20 mg)	gen	PA, QL (6 PER 30 OVER TIME), ED
tadalafil tab 2.5 mg	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
tadalafil tab 5 mg	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
tamsulosin hcl cap 0.4 mg	gen	

HEMOPERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

dabigatran etexilate mesylate (cap 75 mg (eq), cap 150 mg (eq))	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)
enoxaparin sodium (inj 300 mg/3ml, inj soln pref syr 100 mg/ml, inj soln pref syr 150 mg/ml)	npd	QL (60 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium (inj soln pref 80 mg/0.8ml, inj soln pref 120 mg/0.8ml)	npd	QL (48 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj soln pref syr 30 mg/0.3ml	npd	QL (18 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj soln pref syr 40 mg/0.4ml	npd	QL (24 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj soln pref syr 60 mg/0.6ml	npd	QL (36 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 10 mg/0.8ml	spec	QL (24 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fondaparinux sodium subcutaneous inj 2.5 mg/0.5ml	npd	QL (15 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 5 mg/0.4ml	spec	QL (12 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 7.5 mg/0.6ml	spec	QL (18 PER 30 OVER TIME)
heparin sodium ((porcine) inj 1000 unit/ml, (porcine) inj 5000 unit/ml, (porcine) inj 10000 unit/ml, (porcine) inj 20000 unit/ml)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
PRADAXA 110 MG CAP	npd	QL (2 PER 1 DAYS)
warfarin sodium (tab 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)	gen	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	brd	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	brd	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY 2.08 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

anagrelide hcl (cap 0.5 mg, cap 1 mg)	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)	npd	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, (FREE) 100 MCG/ML SOLUTION, (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) 300 MCG/ML SOLUTION, (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)

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

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	gen	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
CABLIVI 11 MG KIT	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>cilostazol (tab 50 mg, tab 100 mg)</i>	gen	
<i>clopidogrel bisulfate tab 75 mg (base equiv)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	gen	
<i>prasugrel hcl (tab 5 mg equiv), tab 10 mg equiv))</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin acetate (inj 4 mcg/ml, preservative free (pf) inj 4 mcg/ml)</i>	npd	
<i>desmopressin acetate (tab 0.1 mg, tab 0.2 mg)</i>	gen	
<i>desmopressin acetate nasal spray soln 0.01%</i>	gen	
<i>desmopressin acetate nasal spray soln 0.01% (refrigerated)</i>	gen	
EGRIFTA 1 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (30 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	spec	PA, LA
NORDITROPIN FLEXPRO (5 MG/1.5ML SOLN PEN, 10 MG/1.5ML SOLN PEN, 15 MG/1.5ML SOLN PEN, 30 MG/3ML SOLN PEN)	spec	PA

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

ANDRÓGENOS

danazol (cap 50 mg, cap 100 mg, cap 200 mg)	gen	
methyltestosterone cap 10 mg	gen	PA
testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, td gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%) gel, td gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%) gel, td gel 50 mg/5gm (1%))	gen	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
testosterone (gel 20.25 mg/act (1.62%), gel 40.5 mg/2.5gm (1.62%))	gen	PA, QL (150 PER 30 OVER TIME)
testosterone cypionate (im inj in oil 100 mg/ml, 200 mg/ml solution, im inj in oil 200 mg/ml)	gen	
testosterone enanthate (200 mg/ml solution, im inj in oil 200 mg/ml)	gen	QL (5 PER 30 OVER TIME)
testosterone td gel 10mg/act (2%)	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
testosterone td gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%)	gen	PA, QL (37.5 PER 30 OVER TIME)
testosterone td soln 30 mg/act	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME)

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

ANADROL-50 50 MG TAB	npd	
oxandrolone (2.5 mg tab, tab 2.5 mg, 10 mg tab, tab 10 mg)	gen	

ESTRÓGENOS

CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	brd	QL (4 PER 28 OVER TIME)
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	npd	
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	gen	
desogest-ethin est tab 0.1-0.025/0.125-0.025/0.15-0.025mg-mg	gen	
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	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
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (tab 3-0.02 mg, tab 3-0.03 mg)</i>	gen	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate calcium (tab 3-0.02-0.451 mg, tab 3-0.03-0.451 mg)</i>	gen	
<i>esterified estrogens & methyltestosterone (tab 0.625-1.25 mg, tab 1.25-2.5 mg)</i>	gen	ED
<i>estradiol & norethindrone acetate (tab 0.5-0.1 mg, tab 1-0.5 mg)</i>	gen	
<i>estradiol (patch 0.025 mg/24hr, patch 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr), patch 0.05 mg/24hr, patch 0.06 mg/24hr, patch 0.075 mg/24hr, patch 0.1 mg/24hr)</i>	gen	QL (8 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (patch 0.025 mg/24hr, patch 0.0375 mg/24hr, patch 0.05 mg/24hr, patch 0.075 mg/24hr, patch 0.1 mg/24hr)</i>	gen	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, td gel 0.25 mg/0.25gm (0.1%), td gel 0.5 mg/0.5gm (0.1%), td gel 0.75 mg/0.75gm (0.1%), td gel 1 mg/gm (0.1%), td gel 1.25 mg/1.25gm (0.1%))</i>	gen	
<i>estradiol vaginal (cream 0.1 mg/gm, tab 10 mcg)</i>	gen	
<i>estradiol valerate (oil 10 mg/ml, oil 20 mg/ml, oil 40 mg/ml)</i>	gen	
<i>ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)</i>	brd	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad (tab 1 mg-35 mcg, tab 1 mg-50 mcg)</i>	gen	
<i>etongestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>levonorgestrel & eth estradiol (tab 0.1 mg-20 mcg, tab 0.15 mg-30 mcg)</i>	gen	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	gen	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) (levonor-eth tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth 0.01 mg, levonorg-eth tab 0.1-0.02mg(84) & eth tab 0.01mg(7), levonorg-eth tab 0.15-0.03mg(84) & eth tab 0.01mg(7), levonorgrel & ethinyl radiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg)</i>	gen	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	gen	
<i>MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)</i>	npd	

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
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr	gen	
norethrin acet & estrad-fe (ace & ethinyl tab 1 mg-20 mcg, ace & ethinyl tab 1.5 mg-30 mcg, ace-eth chew tab 1 mg-20 mcg (24), ace-ethinyl cap 1 mg-20 mcg (24), ace-ethinyl tab 1 mg-20 mcg (24))	gen	
norethindrone & eth estradiol (tab 0.4 mcg, tab 0.5 mcg, tab 1 mcg)	gen	
norethindrone & ethinyl estradiol-fe (chew tab 0.4 mg-35 mcg, chew tab 0.8 mg-25 mcg)	gen	
norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	gen	
norethindrone acet & eth estra (tab 1 mg-20 mcg, tab 1.5 mg-30 mcg)	gen	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol (tab 0.5 mg-2.5 mcg, tab 1 mg-5 mcg)	gen	
norethindrone-eth estradiol (triphasic) (tab 0.5-35/0.75-35/1-35, tab 0.5-35/1-35/0.5-35)	gen	
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	gen	
norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) (tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25, tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35)	gen	
norgestrel & ethinyl estradiol tab 0.3 mg-30 mcg	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	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	gen	

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

DUAVEE 0.45-20 MG TAB	brd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
OSPHENA 60 MG TAB	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
raloxifene hcl tab 60 mg	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

PROGESTINAS

DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	npd
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	spec

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
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) (susp 150 mg/ml, susp prefilled syr 150 mg/ml)	npd	
medroxyprogesterone acetate (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)	gen	
megestrol acetate (susp 40 mg/ml, tab 20 mg, tab 40 mg)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
megestrol acetate susp 625 mg/5ml	gen	PA
norethindrone acetate tab 5 mg	gen	
norethindrone tab 0.35 mg	gen	
progesterone (cap 100 mg, cap 200 mg, im in oil 50 mg/ml)	gen	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

alclometasone dipropionate cream 0.05%	gen	
betamethasone dipropionate augmented (cream, lotion)	gen	
betamethasone dipropionate oint 0.05%	gen	
clobetasol propionate emollient base cream 0.05%	gen	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	gen	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	spec	PA, LA
desonide lotion 0.05%	gen	
dexamethasone (0.5 mg/5ml solution, elixir 0.5 mg/5ml, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg, tab 1.5 mg, tab 2 mg, tab 4 mg, tab 6 mg)	gen	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	
dexamethasone sodium phosphate (4 mg/ml solution, inj 4 mg/ml, inj 20 mg/5ml, inj 120 mg/30ml)	npd	
dexamethasone sodium phosphate (sod preservative free inj 10 mg/ml, sodium inj 10 mg/ml, sodium inj 100 mg/10ml)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
fludrocortisone acetate tab 0.1 mg	gen	
HEMADY 20 MG TAB	npd	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
hydrocortisone acetate suppos 25 mg	gen	ED
hydrocortisone butyrate oint 0.1%	gen	ST
hydrocortisone valerate oint 0.2%	gen	
KORLYM 300 MG TAB	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
MEDROL 2 MG TAB	brd	
methylprednisolone (tab 4 mg, tab 8 mg, tab 16 mg, tab 32 mg, tab therapy pack 4 mg (21))	gen	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, inj susp 40 mg/ml, inj susp 80 mg/ml)	npd	
methylprednisolone sod succ for inj 125 mg (base equiv)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sod succ for inj 40 mg (base equiv)	npd	
mometasone furoate (cream, oint)	gen	
PREDNICARBATE (0.1% CREAM, 0.1% OINTMENT)	gen	
prednisolone sodium phosphate (sod phosph oral soln 6.7 mg/5ml (5 mg/5ml base), sod phosphate oral soln 10 mg/5ml (base equiv), sod phosphate oral soln 15 mg/5ml (base equiv), sod phosphate oral soln 20 mg/5ml (base equiv), sodium phosphate 25 mg/5ml solution, sodium phosphate oral soln 25 mg/5ml (base eq))	gen	
prednisolone soln 15 mg/5ml	gen	
prednisone (tab 1 mg, tab 2.5 mg, 5 mg/5ml solution, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 50 mg, tab therapy pack 5 mg (21), tab therapy pack 5 mg (48), tab therapy pack 10 mg (21), tab therapy pack 10 mg (48))	gen	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	gen	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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
---	-----	----

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
levothyroxine sodium (tab 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)	gen	
liothyronine sodium (tab 5 mcg, tab 25 mcg, tab 50 mcg)	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
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, tab 15 mg (1/4 grain), 30 mg tab, tab 30 mg (1/2 grain), 60 mg tab, tab 60 mg (1 grain), 90 mg tab, tab 90 mg (1 1/2 grain), 120 mg tab, tab 120 mg (2 grain))	brd	ED

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

cabergoline tab 0.5 mg	gen	QL (16 PER 30 OVER TIME)
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
leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml	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	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) ((1-MONTH) 11.25 MG KIT, (1-MONTH) 15 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG (PED) KIT, (3-MONTH) 30 MG KIT)	spec	

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
octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsyr, inj 50 mcg/ml (0.05 mg/ml), 100 mcg/ml soln prsyr, inj 100 mcg/ml (0.1 mg/ml), inj 200 mcg/ml (0.2 mg/ml))	npd	PA
octreotide acetate (500 mcg/ml soln prsyr, inj 500 mcg/ml (0.5 mg/ml), inj 1000 mcg/ml (1 mg/ml))	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)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	spec	
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

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

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

BERINERT 500 UNIT KIT	spec	PA, LA
CINRYZE 500 UNIT RECON SOLN	spec	PA, LA
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	spec	PA, LA
icatibant acetate subcutaneous soln pref syr 30 mg/3ml	spec	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
RUCONEST 2100 UNIT RECON SOLN	spec	PA, LA

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
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
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

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
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
VARIZIG 125 UNIT/1.2ML SOLUTION	spec	

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	
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA
OTEZLA 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
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
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 (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA

INMUNOSUPRESORES

azathioprine (tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (cap 25 mg, cap 100 mg)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine iv soln 50 mg/ml	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (for microemulsion) (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg, oral soln 100 mg/ml)	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (<i>immunosuppressant</i>) (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
HUMIRA (10 MG/0.1ML PREF SY KT, 10 MG/0.2ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT, 20 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.8ML PREF SY KT)	spec	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START (40 MG/0.8ML PREF SY KT, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT, 80 MG/0.8ML PREF SY KT)	spec	PA
HUMIRA PEN (PEN 40 MG/0.4ML PEN KIT, PEN 40 MG/0.8ML PEN KIT, PEN 80 MG/0.8ML PEN KIT)	spec	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER (PEN-CD/UC/HS 40 MG/0.8ML PEN KIT, PEN-CD/UC/HS 80 MG/0.8ML PEN KIT)	spec	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 40 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	spec	PA
leflunomide (tab 10 mg, tab 20 mg)	gen	
methotrexate sodium (inj 50 mg/2ml (25 mg/ml), inj pf 50 mg/2ml (25 mg/ml), 250 mg/10ml solution, inj pf 250 mg/10ml (25 mg/ml), inj pf 1000 mg/40ml (25 mg/ml))	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium for inj 1 gm	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium tab 2.5 mg (base equiv)	gen	
mycophenolate mofetil (cap 250 mg, for oral susp 200 mg/ml, tab 500 mg)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl for iv soln 500 mg (base equiv)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (tab dr 180 mg equiv), tab dr 360 mg equiv))	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	npd	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 (56 PER 365 OVER TIME)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sirolimus (oral soln 1 mg/ml, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (cap 0.5 mg, cap 1 mg, cap 5 mg)</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	
ACTHIB RECON SOLN	brd	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	brd	
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	brd	
BEXZERO SUSP PRSYR	brd	
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	brd	
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	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
GARDASIL 9 (9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)	brd	
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSPENSION)	brd	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	brd	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	brd	
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	brd	
IPOL INJECTABLE	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
IXIARO SUSPENSION	npd	
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	brd	
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	
M-M-R II RECON SOLN	brd	
MENACTRA SOLUTION	brd	
MENQUADFI SOLUTION	brd	
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	brd	
PEDIARIX SUSP PRSYR	brd	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	brd	
PENTACEL RECON SUSP	brd	
PREHEVBRI 10 MCG/ML SUSPENSION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
PRIORIX RECON SUSP	brd	
PROQUAD RECON SUSP	brd	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	
RABAVERT RECON SUSP	brd	
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
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	brd	
ROTATEQ SOLUTION	brd	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	QL (2 PER 365 OVER TIME)
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	brd	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	brd	
TRUMENBA SUSP PRSYR	brd	
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	npd	
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	brd	
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	brd	
YF-VAX INJECTABLE	npd	

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****MIORRELAJANTES**

<i>carisoprodol (tab 250 mg, tab 350 mg)</i>	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>carisoprodol w/ aspirin tab 200-325 mg</i>	gen	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
CARISOPRODOL-ASPIRIN 200-325 MG TAB	gen	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (tab 5 mg, tab 7.5 mg, tab 10 mg)</i>	gen	PA
<i>metaxalone (tab 400 mg, tab 800 mg)</i>	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>methocarbamol (tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	gen	PA
<i>orphenadrine citrate tab er 12hr 100 mg</i>	gen	PA

OFTÁLMICOS**OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS**

<i>azelastine hcl ophth soln 0.05%</i>	gen	
<i>bepotastine besilate ophth soln 1.5%</i>	gen	
CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION	gen	
<i>cromolyn sodium ophth soln 4%</i>	gen	
<i>epinastine hcl ophth soln 0.05%</i>	gen	
LASTACAFT 0.25 % SOLUTION	npd	
<i>olopatadine hcl (soln 0.1% equivalent), soln 0.2% equivalent))</i>	gen	
PAZEO 0.7 % SOLUTION	brd	QL (2.5 PER 30 OVER TIME)

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	gen	
<i>erythromycin ophth oint 5 mg/gm</i>	gen	
<i>gatifloxacin ophth soln 0.5%</i>	gen	QL (2.5 PER 30 OVER TIME)
GENTAK 0.3 % OINTMENT	gen	
<i>gentamicin sulfate ophth soln 0.3%</i>	gen	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	gen	
<i>levofloxacin ophth soln 0.5%</i>	gen	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	gen	
<i>moxifloxacin hcl ophth soln 0.5% (base equiv)</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
NATACYN 5 % SUSPENSION	brd	
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	gen	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	gen	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	gen	
<i>sulfacetamide sodium ophth soln 10%</i>	gen	
<i>tobramycin ophth soln 0.3%</i>	gen	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	brd	

OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS

ALREX 0.2 % SUSPENSION	brd	
<i>bromfenac sodium ophth soln 0.09% (base equiv) (once-daily)</i>	gen	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	gen	
<i>diclofenac sodium ophth soln 0.1%</i>	gen	
<i>difluprednate ophth emulsion 0.05%</i>	gen	
<i>fluorometholone ophth susp 0.1%</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 (ophth) (soln 0.4%, soln 0.5%)</i>	gen	
<i>loteprednol etabonate (0.5 % gel, ophth gel 0.5%, ophth susp 0.5%)</i>	gen	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	npd	
PREDNISOLONE ACETATE 1 % SUSPENSION	gen	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	gen	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	brd	

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

<i>bimatoprost ophth soln 0.03%</i>	gen	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost (0.005 % solution, ophth soln 0.005%)</i>	gen	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	brd	QL (5 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
tafluprost preservative free (pf) ophth soln 0.0015%	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
travoprost ophth soln 0.004% (benzalkonium free) (bak free)	gen	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	npd	

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

BETAXOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	gen
<i>betaxolol hcl ophth soln 0.5%</i>	gen
BETIMOL (0.25 % SOLUTION, 0.5 % SOLUTION)	brd
BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION	brd
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	gen
<i>levobunolol hcl (0.5 % solution, ophth soln 0.5%)</i>	gen
<i>timolol maleate (ophth) (gel forming soln 0.25%, gel forming soln 0.5%, preservative free soln 0.25%, preservative free soln 0.5%, soln 0.25%, soln 0.5%, soln 0.5% (once-daily))</i>	gen

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

acetazolamide cap er 12hr 500 mg	gen
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION	brd
<i>apraclonidine hcl (0.5 % solution, ophth soln 0.5% (base equivalent))</i>	gen
<i>brimonidine tartrate (soln 0.1%, soln 0.15%, soln 0.2%)</i>	gen
<i>brinzolamide ophth susp 1%</i>	gen
<i>dorzolamide hcl (2 % solution, ophth soln 2%)</i>	gen
<i>methazolamide (tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	gen
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN	npd
<i>pilocarpine hcl (soln 1%, soln 2%, soln 4%)</i>	gen
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	brd
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	brd

OFTÁLMICOS, OTROS

ATROPOINE SULFATE 1 % SOLUTION	gen
<i>atropine sulfate ophth soln 1%</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
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	gen	
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	gen	
BLEPHAMIDE 10-0.2 % SUSPENSION	brd	
<i>brimonidine tartrate-timolol maleate ophth soln 0.2-0.5%</i>	gen	
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL 22.3-6.8 MG/ML SOLUTION	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate (pf soln 2-0.5%, sol 22.3-6.8 mg/ml pf, soln 22.3-6.8 mg/ml)</i>	gen	
HOMATROPAIRE 5 % SOLUTION	gen	ED
<i>homatropine hbr ophth soln 5%</i>	gen	ED
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	gen	
<i>neomycin-polymy-dexameth (oint, susp)</i>	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	gen	
<i>phenylephrine hcl (mydriatic) (soln 2.5%, soln 10%)</i>	gen	
<i>proparacaine hcl ophth soln 0.5%</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 ophth susp 0.3-0.1%</i>	gen	
XIIDRA 5 % SOLUTION	brd	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	brd	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

acarbose (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	gen	
BYETTA 10 MCG PEN 10 MCG/0.04ML SOLN PEN	npd	QL (2.4 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BYETTA 5 MCG PEN 5 MCG/0.02ML SOLN PEN	npd	QL (1.2 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glimepiride (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	gen	
<i>glipizide (2.5 mg tab, tab 5 mg, tab 10 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 2.5 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	gen	
<i>glipizide-metformin hcl (tab 2.5-250 mg, tab 2.5-500 mg, tab 5-500 mg)</i>	gen	
<i>glyburide (tab 1.25 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	gen	
<i>glyburide micronized (tab 1.5 mg, tab 3 mg, tab 6 mg)</i>	gen	
<i>glyburide-metformin (tab 1.25-250 mg, tab 2.5-500 mg, tab 5-500 mg)</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)
<i>metformin hcl (tab 500 mg, tab 850 mg, tab 1000 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 750 mg)</i>	gen	
<i>miglitol (25 mg tab, tab 25 mg, 50 mg tab, tab 50 mg, 100 mg tab, tab 100 mg)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nateglinide (tab 60 mg, tab 120 mg)</i>	gen	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	brd	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	brd	QL (3 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN, MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN)	brd	QL (3 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	brd	QL (3 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pioglitazone hcl (tab 15 mg equiv), tab 30 mg equiv), tab 45 mg equiv))	gen	
pioglitazone hcl-glimepiride (tab 30-2 mg, tab 30-4 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (-metformin tab 15-500 mg, -metformin tab 15-850 mg)	gen	
repaglinide (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)	gen	
REPAGLINIDE-METFORMIN HCL (1-500 MG TAB, 2-500 MG TAB)	gen	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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)
TOLAZAMIDE (250 MG TAB, 500 MG TAB)	gen	
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	QL (2 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	brd	QL (9 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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)
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

GLUCÉMICOS

BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
diazoxide susp 50 mg/ml	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
glucagon (rdna) for inj kit 1 mg	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)

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
------------------------	-------	--------------------

INSULINAS

HUMALOG (100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION)	brd	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	brd	
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	brd	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	brd	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (45 PER 30 OVER TIME)
LEVEMIR 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (45 PER 30 OVER TIME)
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (45 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LYUMJEV 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	
LYUMJEV KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	brd	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (30 PER 30 OVER TIME)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (30 PER 30 OVER TIME)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (27 PER 30 OVER TIME)

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)
dalfampridine tab er 12hr 10 mg	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate (capsule delayed release 120 mg, capsule delayed release 240 mg, capsule dr starter pack 120 mg & 240 mg)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
fingolimod hcl cap 0.5 mg (base equiv)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
teriflunomide (tab 7 mg, tab 14 mg)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TYSSABRI 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
duloxetine hcl (cap 20 mg eq), cap 40 mg eq), cap 60 mg eq))	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl enteric coated pellets cap 30 mg (base eq)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin (cap 200 mg, cap 225 mg, cap 300 mg)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg, cap 150 mg)	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pregabalin soln 20 mg/ml</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)	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 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	spec	PA, QL (42 PER 30 OVER TIME)
<i>butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, cap 50-300 mg, tab 50-325 mg)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine (cap 50-300-40 mg, cap 50-325-40 mg, tab 50-325-40 mg)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
FIORICET 50-300-40 MG CAP	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
FIRDAPSE 10 MG TAB	spec	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
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 tab 50 mg</i>	gen	
<i>tetrabenazine tab 12.5 mg</i>	spec	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine tab 25 mg</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
<i>amphetamine sulfate tab 10 mg</i>	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine sulfate tab 5 mg</i>	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (cap er 24hr 10 mg, cap er 24hr 15 mg, cap er 24hr 20 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 30 mg, cap er 24hr 5 mg, tab 30 mg)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (tab 5 mg, tab 7.5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 10 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 15 mg, tab 15 mg)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate cap er 24hr 5 mg	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5ml	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate tab 20 mg	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate tab 30 mg	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lisdexamfetamine dimesylate (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 30 mg, cap 40 mg, cap 50 mg, cap 60 mg, cap 70 mg, chew tab 10 mg, chew tab 20 mg, chew tab 30 mg, chew tab 40 mg, chew tab 50 mg, chew tab 60 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
VYVANSE (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)	npd	QL (1 PER 1 DAYS)

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

atomoxetine hcl (cap 10 mg equiv), cap 18 mg equiv), cap 25 mg equiv))	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl (cap 60 mg equiv), cap 80 mg equiv), cap 100 mg equiv))	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
clonidine hcl tab er 12hr 0.1 mg	gen	
dexmethylphenidate hcl (cap er 24 hr 10 mg, cap er 24 hr 15 mg, cap er 24 hr 20 mg, cap er 24 hr 25 mg, cap er 24 hr 30 mg, cap er 24 hr 35 mg, cap er 24 hr 40 mg, cap er 24 hr 5 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
guanfacine hcl (adhd) (tab er 24hr 1 mg equiv), tab er 24hr 2 mg equiv), tab er 24hr 3 mg equiv), tab er 24hr 4 mg equiv))	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methylphenidate hcl (cap er 10 mg (cd), cap er 20 mg (cd), cap er 24hr 20 mg (la), cap er 24hr 30 mg (la), cap er 24hr 40 mg (la), cap er 24hr 60 mg (la), cap er 40 mg (cd), cap er 50 mg (cd), cap er 60 mg (cd), tab er 24hr 27 mg, tab er 24hr 54 mg, tab er osmotic release (osm) 18 mg, tab er osmotic release (osm) 27 mg, tab er osmotic release (osm) 54 mg)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (cap er 24hr 10 mg (la), chew tab 10 mg, tab 10 mg, tab er 10 mg)	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (cap er 30 mg (cd), tab er 24hr 36 mg, tab er osmotic release (osm) 36 mg)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (chew tab 2.5 mg, chew tab 5 mg, tab 20 mg, tab er 20 mg)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER 18 MG TAB ER 24H	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl soln 10 mg/5ml	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl soln 5 mg/5ml	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab 5 mg	gen	QL (12 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

*bacteriostatic sodium chloride inj soln 0.9%***	npd	
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	brd	ED
AEROCHAMBER MV MISC	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	brd	ED
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

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
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	
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	
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

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
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
BREATHERITE/SMALL MASK MISC	brd	ED
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	ED
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM 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	
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	
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

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
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	brd	ED
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 wipes 70%</i>	gen	
LITEAIRE DEVICE	brd	ED
<i>methylergonovine maleate tab 0.2 mg</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
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	brd	QL (30 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 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
RITEFLO DEVICE	brd	ED
RUZURGI 10 MG TAB	spec	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	gen	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	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
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 HOLDING CHAMBER/MASK DEVICE	brd	ED
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	ED
WATCHHALER DEVICE	brd	ED
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</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>ambrisentan (tab 5 mg, tab 10 mg)</i>	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan tab 125 mg</i>	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan tab 62.5 mg</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate for suspension 10 mg/ml</i>	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate tab 20 mg</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil tab 20 mg (pah)</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

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
------------------------	-------	--------------------

ANTIHISTAMÍNICOS

<i>azelastine hcl (0.1% (137 mcg/), 0.15% (205.5 mcg/))</i>	gen	QL (30 PER 25 OVER TIME)
<i>azelastine hcl-fluticasone prop nasal spray 137-50 mcg/act</i>	gen	QL (23 PER 30 OVER TIME)
<i>carboxamine maleate (4 mg/5ml solution, soln 4 mg/5ml, tab 4 mg)</i>	gen	PA
<i>cetirizine hcl oral soln 1 mg/ml (5 mg/5ml)</i>	gen	
CLEMASTINE FUMARATE 2.68 MG TAB	gen	PA
<i>cyproheptadine hcl (syrup 2 mg/5ml, tab 4 mg)</i>	gen	PA
DESLORATADINE (2.5 MG TAB DISP, 5 MG TAB DISP)	gen	ST
<i>desloratadine tab 5 mg</i>	gen	
<i>hydroxyzine hcl (syrup 10 mg/5ml, tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	gen	PA
<i>hydroxyzine pamoate (cap 25 mg, cap 50 mg, 100 mg cap)</i>	gen	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride tab 5 mg</i>	gen	
<i>olopatadine hcl nasal soln 0.6%</i>	gen	QL (30.5 PER 30 OVER TIME)
<i>promethazine hcl (inj 25 mg/ml, inj 50 mg/ml)</i>	npd	PA
<i>promethazine hcl syrup 6.25 mg/5ml</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 (inhalation) (susp 0.25 mg/2ml, susp 0.5 mg/2ml, susp 1 mg/2ml)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
FLOVENT DISKUS (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (240 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA (110 MCG/ACT AEROSOL, 220 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (24 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (22 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide nasal soln 25 mcg/act (0.025%)</i>	gen	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>fluticasone propionate nasal susp 50 mcg/act</i>	gen	QL (16 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
mometasone furoate nasal susp 50 mcg/act PULMICORT FLEXHALER (90 MCG/ACT AER POW BA, 180 MCG/ACT AER POW BA)	gen brd	ST, QL (34 PER 30 OVER TIME) QL (2 PER 30 DAYS)
ANTILEUCOTRIENOS		
montelukast sodium (chew tab 4 mg equiv), chew tab 5 mg equiv), oral granules packet 4 mg equiv), tab 10 mg equiv)) zafirlukast (tab 10 mg, tab 20 mg)	gen gen	QL (1 PER 1 DAYS) QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	brd brd	QL (25.8 PER 30 OVER TIME) QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide inhal soln 0.02% ipratropium bromide nasal soln 0.03% (21 mcg/spray) ipratropium bromide nasal soln 0.06% (42 mcg/spray)	gen gen gen	PA - PART B VS D DETERMINATION QL (30 PER 30 OVER TIME) QL (45 PER 30 OVER TIME)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	brd brd	QL (30 PER 30 DAYS) QL (4 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATOCOMIMÉTICOS		
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	gen gen gen	QL (17 PER 30 OVER TIME) QL (13.4 PER 30 OVER TIME) QL (36 PER 30 OVER TIME)
albuterol sulfate (soln nebu 0.083% (2.5 mg/3ml), soln nebu 0.5% (5 mg/ml), soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv), 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (syrup 2 mg/5ml, tab 2 mg, tab 4 mg)	gen	
ALBUTEROL SULFATE ER (ER 4 MG TAB ER 12H, ER 8 MG TAB ER 12H)	gen	
arformoterol tartrate soln nebu 15 mcg/2ml (base equiv)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
epinephrine (anaphylaxis) (solution 0.15 mg/0.3ml (1:2000), solution 0.3 mg/0.3ml (1:1000))	gen	QL (24 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACCLICK)	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
formoterol fumarate soln nebu 20 mcg/2ml	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
levalbuterol hcl (soln nebu 0.31 mg/3ml equiv), soln nebu 0.63 mg/3ml equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml equiv), soln nebu conc 1.25 mg/0.5ml equiv))	gen	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	gen	QL (30 PER 30 OVER TIME)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
terbutaline sulfate (tab 2.5 mg, tab 5 mg)	gen	
terbutaline sulfate inj 1 mg/ml	npd	

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

cromolyn sodium soln nebu 20 mg/2ml	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)
pirfenidone (cap 267 mg, tab 267 mg)	spec	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	spec	PA, QL (5 PER DAYS)
pirfenidone tab 801 mg	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)
tobramycin nebu soln 300 mg/4ml	spec	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
tobramycin nebu soln 300 mg/5ml	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

caffeine citrate oral soln 60 mg/3ml (10 mg/ml base equiv)	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
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15ML ELIXIR	gen	
roflumilast tab 250 mcg	gen	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast tab 500 mcg	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	
theophylline (elixir 80 mg/15ml, soln 80 mg/15ml, tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 300 mg, tab er 12hr 450 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 600 mg)	gen	
THEOPHYLLINE ER (ER 100 MG TAB ER 12H, ER 200 MG TAB ER 12H)	gen	

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

acetylcysteine (soln 10%, soln 20%)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR DISKUS (100-50 MCG/ACT AER POW BA, 250-50 MCG/ACT AER POW BA, 500-50 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (12 PER 30 OVER TIME)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
benzonatate (cap 100 mg, cap 150 mg, cap 200 mg)	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)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (10.7 PER 30 OVER TIME)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (4 PER 30 OVER TIME)
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)
fluticasone-salmeterol (aer powder ba 100-50 mcg/act, aer powder ba 250-50 mcg/act, aer powder ba 500-50 mcg/act)	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
HYDROCOD POLI-CHLORPHE POLI ER 10-8 MG/5ML SUSP	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, 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
hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)
promethazine & phenylephrine syrup 6.25-5 mg/5ml	gen	PA
PROMETHAZINE VC 6.25-5 MG/5ML SYRUP	gen	PA
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml	gen	PA, ED
promethazine-phenylephrine-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml	gen	ED
ribavirin for inhal soln 6 gm	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
sodium chloride (inhalant) (soln nebu 3%, soln nebu 7%, soln nebu 10%)	gen	ED
SYMBICORT (80-4.5 MCG/ACT AEROSOL, 160-4.5 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (10.2 PER 30 DAYS)
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)

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

*betaine powder for oral solution***	spec	
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
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	spec	PA, LA, QL (30 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
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	spec	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	spec	PA, LA, QL (5 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	spec	PA, LA, QL (15 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 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	brd	
<i>cromolyn sodium oral conc 100 mg/5ml</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)
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
FABRAZyme (5 MG RECON SOLN, 35 MG RECON SOLN)	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
GLASSIA 1000 MG/50ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>miglustat cap 100 mg</i>	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (cap 2 mg, cap 5 mg, cap 10 mg)</i>	spec	PA
NITYR (2 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	spec	PA, LA
PROCYSBi (25 MG CAP DR, 75 MG CAP DR, 75 MG PACKET, 300 MG PACKET)	spec	PA, LA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
RAVICTI 1.1 GM/ML LIQUID	spec	PA, LA, QL (525 PER 30 OVER TIME)
<i>sapropterin dihydrochloride (powder packet 100 mg, powder packet 500 mg, tab 100 mg)</i>	spec	PA
<i>sodium phenylbutyrate (oral powder 3 gm/teaspoonful, tab 500 mg)</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

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
VYNDAQEL 20 MG CAP	spec	PA, LA, QL (4 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)	npd	

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

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

EUGEROICOS

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

ÓTICOS

CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	npd	
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	gen	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	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
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
COLY-MYCIN S 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	brd	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	brd	
DERMOTIC 0.01 % OIL	brd	
<i>fluocinolone acetonide (otic) oil 0.01%</i>	gen	
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln 1-2%</i>	gen	
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID 1-2 % SOLUTION	gen	
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) (soln 1%, susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%)</i>	gen	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</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 Z-STAT PLUS.....	93
abacavir sulfate-lamivudine.....	45	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR.....	93
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine.....	45	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE.....	93
ABELCET.....	22	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM.....	94
ABILIFY ASIMTUFII.....	39	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL.....	94
ABILIFY MAINTENA.....	39	AEROVENT PLUS.....	94
abiraterone acetate.....	26	AIMOVIG.....	24
ABRYSVO.....	81	AIRIAL CHAMBER.....	94
acamprosate calcium.....	7	albendazole.....	35
acarbose.....	86	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) ..	100
acebutolol hcl.....	48	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) ..	100
acetaminophen w/ codeine.....	1	ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN).....	100
acetaminophen-caff-dihydrocod.....	1	albuterol sulfate.....	100
acetazolamide.....	50,85	ALBUTEROL SULFATE ER.....	100
acetic acid (otic).....	7	alclometasone dipropionate.....	56,74
acetylcysteine.....	102	ALCOHOL 70% PADS.....	94
acitretin.....	55	ALCOHOL PREP.....	94
ACTHIB.....	81	ALCOHOL PREP PADS.....	94
ACTIMMUNE.....	78	ALCOHOL SWABSTICK.....	94
acyclovir.....	42	ALDURAZYME.....	103
acyclovir sodium.....	42	ALECENSA.....	30
acyclovir topical.....	56	alendronate sodium.....	63
ADACEL.....	81	alfuzosin hcl.....	68
adapalene.....	55	ALINIA.....	36
ADAPALENE.....	55	aliskiren fumarate.....	50
adapalene-benzoyl peroxide.....	56	ALKERAN.....	25
adefovir dipivoxil.....	42	allopurinol.....	23
ADEMPAS.....	98	alosetron hcl.....	64
ADVAIR DISKUS.....	102	ALPHAGAN P.....	85
ADVAIR HFA.....	102	alprazolam.....	5
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	93	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	5
AEROCHAMBER MV.....	93	ALREX.....	84
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	93	ALUNBRIG.....	30
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	93	amantadine hcl.....	37
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	93	ambrisentan.....	98
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	93	amikacin sulfate.....	7
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK.....	93	amiloride & hydrochlorothiazide.....	50
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	93	amiloride hcl.....	54
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL.....	93	AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	50

AMINOSYN II	60	AREXVY	.81
AMINOSYN-PF	60	arformoterol tartrate	100
amiodarone hcl	47	ariprazole	39
amitriptyline hcl	20	ARISTADA	39
amlodipine besylate	49	ARISTADA INITIO	39
amlodipine besylate-atorvastatin calcium	50	armodafinil	105
amlodipine besylate-benazepril hcl	50	ARMOUR THYROID	75
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil	50	ARNUITY ELLIPTA	99
amlodipine besylate-valsartan	50	asenapine maleate	39
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide	50	aspirin-dipyridamole	70
amoxapine	20	atazanavir sulfate	43
AMOXICILLIN	10	atenolol	48
amoxicillin & pot clavulanate	10	atenolol & chlorthalidone	50
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	10	atomoxetine hcl	92
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	10	atorvastatin calcium	52
amphetamine sulfate	91	atovaquone	36
amphetamine-dextroamphetamine	91	atovaquone-proguanil hcl	36
AMPHOTERICIN B	22	atropine sulfate	65
amphotericin b liposome	22	ATROPINE SULFATE	85
ampicillin	11	atropine sulfate (ophthalmic)	85
ampicillin & sulbactam sodium	11	ATROVENT HFA	100
ampicillin sodium	11	AUGMENTIN	11
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM	11	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	94
ANADROL-50	71	AUM PEN NEEDLE	94
anagrelide hcl	69	AURYXIA	59
ANALPRAM-HC	58	AUSTEDO	91
anastrozole	29	AUSTEDO XR	.91
ANORO ELLIPTA	102	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	91
ANUSOL-HC	56	AUVELITY	18
APAP-CAFF-DIHYDROCODEINE	1	AVC VAGINAL	13
apomorphine hydrochloride	36	AYVAKIT	27
apraclonidine hcl	85	azathioprine	79
aprepitant	21	AZATHIOPRINE SODIUM	79
APRETUDE	43	azelaic acid	56
APTIOM	16	azelastine hcl	99
APTIVUS	43	azelastine hcl (ophth)	83
AQ INSULIN SYRINGE	94	azelastine hcl-fluticasone propionate	99
AQINJECT PEN NEEDLE	94	azithromycin	12
ARALAST NP	103	aztreonam	.7
ARANESP (ALBUMIN FREE)	69		
ARCALYST	79		

B

BACITRACIN.....	83	bethanechol chloride.....	67
bacitracin-poly-neomycin-hc.....	86	BETIMOL.....	85
bacitracin-polymyxin b (ophth).....	86	BETOPTIC-S.....	85
baclofen.....	22	BEVESPI AEROSPHERE.....	102
bacteriostatic sodium chloride.....	93	bexarotene.....	35
balsalazide disodium.....	63	bexarotene (topical).....	35
BALVERSA.....	30	BEXSERO.....	81
BAQSIMI ONE PACK.....	88	BEYFORTUS.....	79
BAQSIMI TWO PACK.....	88	bicalutamide.....	26
BARACLUIDE.....	42	BICILLIN C-R.....	11
BCG VACCINE.....	81	BICILLIN C-R 900/300.....	11
BD INSULIN SYRINGE.....	94	BICILLIN L-A.....	11
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC94		BIKTARVY.....	43
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM		bimatoprost.....	84
MISC.....	94	BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	94
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM		bisoprolol & hydrochlorothiazide.....	51
MISC.....	94	bisoprolol fumarate.....	48
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM		BIVIGAM.....	78
MISC.....	94	BLEPHAMIDE.....	86
benazepril & hydrochlorothiazide.....	50	BOOSTRIX.....	81
benazepril hcl.....	54	bosentan.....	98
BENLYSTA.....	79	BOSULIF.....	30
BENZNIDAZOLE.....	36	BRAFTOVI.....	30
benzonatate.....	102	BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT.....	94
benzoyl peroxide-erythromycin.....	56	BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD.....	94
benztropine mesylate.....	37	BREATHE EASE LARGE.....	94
bepotastine besilate.....	83	BREATHE EASE MEDIUM.....	94
BERINERT.....	77	BREATHE EASE SMALL.....	94
BESIVANCE.....	12	BREATHERITE.....	94
BESREMI.....	27	BREATHERITE COLL SPACER ADULT.....	94
betaine.....	103	BREATHERITE COLL SPACER CHILD.....	94
betamethasone dipropionate (topical).....	56,74	BREATHERITE COLL SPACER INFANT.....	95
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG.....	57	BREATHERITE RIGID SPACER/MASK.....	95
betamethasone dipropionate augmented ..	57,74	BREATHERITE SPACER NEONATE.....	95
betamethasone valerate.....	57	BREATHERITE SPACER SMALL CHILD.....	95
BETASERON.....	90	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	95
betaxolol hcl.....	48	BREATHERITE/LARGE MASK.....	95
BETAXOLOL HCL.....	85	BREATHERITE/MEDIUM MASK.....	95
betaxolol hcl (ophth).....	85	BREATHERITE/SMALL MASK.....	95
		BREO ELLIPTA.....	102
		BREZTRI AEROSPHERE.....	102

BRILINTA.....	70	calcium acetate (phosphate binder).....	59
brimonidine tartrate.....	85	CALQUENCE.....	30
brimonidine tartrate-timolol maleate.....	86	candesartan cilexetil.....	47
brinzolamide.....	85	candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide.....	51
BRIVIACT.....	13	CAPASTAT SULFATE.....	25
bromfenac sodium (ophth).....	84	CAPEX.....	57
bromocriptine mesylate.....	36	CAPLYTA.....	39
BRUKINSA.....	27	CAPRELSA.....	30
budesonide.....	63	captopril.....	54
budesonide (inhalation).....	99	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	51
bumetanide.....	54	carbamazepine.....	16
buprenorphine.....	3	carbidopa.....	37
buprenorphine hcl.....	6	CARBIDOPA-LEVODOPA.....	38
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate.....	6	carbidopa-levodopa-entacapone.....	37
bupropion hcl.....	18	carbinoxamine maleate.....	99
bupropion hcl (smoking deterrent).....	6,18	carglumic acid.....	60
BUPROPION HCL ER (XL).....	18	CARIMUNE NF.....	78
buspirone hcl.....	5	carisoprodol.....	83
butalbital-acetaminophen.....	91	carisoprodol w/ aspirin.....	83
butalbital-acetaminophen-caffeine.....	91	carisoprodol w/ aspirin & codeine.....	1
butalbital-acetaminophen-caffeine w/			
codeine.....	1	CARISOPRODOL-ASPIRIN.....	83
butalbital-aspirin-caffeine.....	4	CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE.....	1
butalbital-aspirin-caffeine w/cod.....	1	CARTEOLOL HCL.....	85
butorphanol tartrate.....	1	carvedilol.....	48
BYETTA 10 MCG PEN.....	86	carvedilol phosphate.....	48
BYETTA 5 MCG PEN.....	87	caspofungin acetate.....	22
BYLVAY.....	104	CAYSTON.....	101
BYLVAY (PELLETS).....	103,104	CEFACLOR.....	9
		CEFACLOR ER.....	9

C

CABENUVA.....	46	cefadroxil.....	9
cabergoline.....	76	cefazolin sodium.....	9
CABLIVI.....	70	cefdinir.....	9
CABOMETYX.....	30	CEFDITOREN PIVOXIL.....	9
caffeine citrate.....	101	cefepime hcl.....	9
calcipotriene.....	58	cefixime.....	9
calcipotriene-betamethasone dipropionate ..	58	cefotaxime sodium.....	10
calcitonin (salmon).....	63	cefotetan disodium.....	10
CALCITRIOL.....	58,63	cefoxitin sodium.....	10
calcitriol.....	63	cefpodoxime proxetil.....	10
		cefprozil.....	10
		ceftazidime.....	10

ceftriaxone sodium.....	10	citalopram hydrobromide.....	19
cefuroxime axetil.....	10	clarithromycin.....	12
cefuroxime sodium.....	10	CLEMASTINE FUMARATE.....	99
celecoxib.....	4	CLEOCIN.....	7
cephalexin.....	10	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	95
CERDELGA.....	104	CLIMARA PRO.....	71
CEREZYME.....	104	clindamycin hcl.....	8
cetirizine hcl.....	99	clindamycin palmitate hydrochloride.....	8
cevimeline hcl.....	46	clindamycin phosphate.....	8
CHEMET.....	59	clindamycin phosphate (topical).....	8,56
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE.....	7	clindamycin phosphate in d5w.....	8
chlordiazepoxide hcl.....	5	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	8
chlordiazepoxide hcl-clidinium bromide.....	65	clindamycin phosphate vaginal.....	8
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE.....	18	clindamycin phosphate-benzoyl peroxide.....	56
chlorhexidine gluconate (mouth-throat).....	46	clindamycin phosphate-benzoyl peroxide (refrigerate).....	56
chloroquine phosphate.....	36	clindamycin phosphate-tretinoin.....	56
CHLOROTHIAZIDE.....	54	CLINDESSE.....	8
chlorpromazine hcl.....	38	clobazam.....	15
chlorthalidone.....	54	clobetasol propionate.....	57
CHOLBAM.....	104	clobetasol propionate emollient base.....	57,74
cholestyramine.....	53	clobetasol propionate emulsion.....	57
cholestyramine light.....	53	clomipramine hcl.....	20
choline fenofibrate.....	52	clonazepam.....	5
ciclopirox.....	56	clonidine.....	47
ciclopirox olamine.....	22	clonidine hcl.....	47
cilostazol.....	70	clonidine hcl (adhd).....	92
CILOXAN.....	12	clopidogrel bisulfate.....	70
CIMDUO.....	45	clorazepate dipotassium.....	6
cimetidine.....	64	clotrimazole.....	22
cimetidine hcl.....	64	clotrimazole (topical).....	22
cinacalcet hcl.....	63	clotrimazole w/ betamethasone.....	58
CINRYZE.....	77	clozapine.....	39
CIPRO HC.....	105	COARTEM.....	36
ciprofloxacin.....	12	codeine sulfate.....	1
ciprofloxacin hcl.....	12	CODEINE SULFATE.....	1
CIPROFLOXACIN HCL.....	105	colchicine.....	23
ciprofloxacin hcl (ophth).....	12	colchicine w/ probenecid.....	23
ciprofloxacin in d5w.....	12	colesevelam hcl.....	53
CIPROFLOXACIN-CIPROFLOX HCL ER.....	12	colestipol hcl.....	53
ciprofloxacin-dexamethasone.....	105	colistimethate sodium.....	8
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF.....	106		

COLY-MYCIN S.....	106	danazol.....	71
COMBIVENT RESPIMAT.....	102	dantrolene sodium.....	22
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	30	dapsone.....	25
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	30	dapsone (topical).....	56
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	30	DAPTACEL.....	81
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	95	daptomycin.....	8
COMPACT SPACE CHAMBER.....	95	darifenacin hydrobromide.....	67
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK.....	95	darunavir.....	43
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK.....	95	DAURISMO.....	31
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK.....	95	deferasirox.....	59
COMPLERA.....	44	deferiprone.....	59
COPAXONE.....	90	DELSTRIGO.....	44
COPIKTRA.....	30	demeocycline hcl.....	13
CORLANOR.....	51	DEPO-ESTRADIOL.....	71
CORTIFOAM.....	63	DEPO-PROVERA.....	73
CORTISONE ACETATE.....	74	DERMOTIC.....	106
CORTISPORIN-TC.....	106	DESCOVY.....	45
CORTROPHIN.....	74	desipramine hcl.....	20
COTELLIC.....	30	DESLORATADINE.....	99
CREON.....	104	desloratadine.....	99
CRESEMBA.....	22	desmopressin acetate.....	70
CRIXIVAN.....	43	desmopressin acetate spray.....	70
CROMOLYN SODIUM.....	83	desmopressin acetate spray refrigerated.....	70
cromolyn sodium.....	101	desogestrel & ethinyl estradiol.....	71
cromolyn sodium (mastocytosis).....	104	desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic).....	71
cromolyn sodium (ophth).....	83	desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic).....	71
CRYSVITA.....	60	desonide.....	57,74
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	95	desoximetasone.....	57
cyanocobalamin.....	61	desvenlafaxine succinate.....	19
cyclobenzaprine hcl.....	83	dexamethasone.....	74
cyclophosphamide.....	25	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	74
cyclosporine.....	79	dexamethasone sodium phosphate.....	74
cyclosporine modified (for microemulsion).....	79	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE... ..	84
cyproheptadine hcl.....	99	dexlansoprazole.....	66
CYSTAGON.....	104	dexamethylphenidate hcl.....	92
CYSTARAN.....	104	dextroamphetamine sulfate.....	92
CYTRA K CRYSTALS.....	67	dextrose.....	61
		dextrose in lactated ringers.....	61
D		dextrose w/ sodium chloride.....	61
dabigatran etexilate mesylate.....	68	DEXTROSE-NACL.....	61
dalfampridine.....	90	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE.....	61

DIACOMIT	13,14	disopyramide phosphate	47
diazepam	6	disulfiram	7
DIAZEPAM	15	DIURIL	54
diazepam (anticonvulsant)	15	divalproex sodium	14
diazoxide	88	dofetilide	47
diclofenac potassium	4	donepezil hydrochloride	17
diclofenac sodium	4	donepezil hydrochloride orally disintegrating	
diclofenac sodium (actinic keratoses)	58	tab 10 mg	17
diclofenac sodium (ophth)	84	donepezil hydrochloride orally disintegrating	
diclofenac sodium (topical)	4	tab 5 mg	17
diclofenac w/ misoprostol	4	dorzolamide hcl	85
dicloxacillin sodium	11	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL	86
dicyclomine hcl	65	dorzolamide hcl-timolol maleate	86
DIDANOSINE	45	DOVATO	43
DIFICID	12	doxazosin mesylate	48
DIFLORASONE DIACETATE	57	doxepin hcl	20
diflunisal	4	doxercalciferol	63
difluprednate	84	DOXYCYCLINE	13
digoxin	51	doxycycline (monohydrate)	13
dihydroergotamine mesylate	24	doxycycline hyclate	13
DILANTIN	16	doxylamine-pyridoxine	21
DILANTIN INFATABS	16	DRIZALMA SPRINKLE	90
diltiazem hcl	49	dronabinol	21
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr		DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	95
capsule	49	drospirenone-ethinyl estradiol	72
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr		drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate	
capsule	49	calcium	72
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr		DROXIA	27
capsule	49	droxidopa	47
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr		DUAVEE	73
capsule	49	duloxetine hcl	90
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr		dutasteride	68
capsule	50	dutasteride-tamsulosin hcl	68
diltiazem hcl coated beads	50		
diltiazem hcl extended release beads	50		
dimethyl fumarate	90		
DIPENTUM	63		
diphenoxylate w/ atropine	64		
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	64		
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT	81		
dipyridamole	70		
		E	
		E.E.S. 400	12
		EASIVENT	95
		EASIVENT MASK LARGE	95
		EASIVENT MASK MEDIUM	95
		EASIVENT MASK SMALL	95
		EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	95

econazole nitrate.....	22	EPRONTIA.....	14
EDURANT.....	44	EPROSARTAN MESYLATE.....	47
EFAVIRENZ.....	44	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC.....	95
efavirenz.....	44	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L.....	96
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate.....	44	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M.....	96
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate.....	44	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S.....	96
EGRIFTA.....	70	EQUETRO.....	46
EGRIFTA SV.....	70	ergocalciferol.....	63
ELAPRASE.....	104	ERGOLOID MESYLATES.....	17
ELIQUIS.....	68	ergotamine w/ caffeine.....	24
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	68	ERIVEDGE.....	31
ELIXOPHYLLIN.....	102	ERLEADA.....	26
ELMIRON.....	67	erlotinib hcl.....	31
EMBRACE PEN NEEDLES.....	95	ertapenem sodium.....	11
EMCYT.....	27	ERY.....	56
EMSAM.....	19	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	12
emtricitabine.....	45	ERYTHROCIN STEARATE.....	12
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate ..	45	erythromycin (acne aid).....	56
EMTRIVA.....	45	erythromycin (ophth).....	83
enalapril maleate.....	54	erythromycin base.....	12
enalapril maleate & hydrochlorothiazide.....	51	erythromycin ethylsuccinate.....	12
ENBREL.....	80	erythromycin lactobionate.....	12
ENBREL SURECLICK.....	80	escitalopram oxalate.....	19
ENGERIX-B.....	81	esomeprazole magnesium.....	66
enoxaparin sodium.....	68	estazolam.....	105
entacapone.....	37	esterified estrogens & methyltestosterone....	72
entecavir.....	42	estradiol.....	72
ENTRESTO.....	51	estradiol & norethindrone acetate.....	72
ENVARSUS XR.....	80	estradiol vaginal.....	72
EPCLUSA.....	42	estradiol valerate.....	72
EPIDIOLEX.....	14	ESTRING.....	72
EPIFOAM.....	58	eszopiclone.....	105
epinastine hcl (ophth).....	83	ethambutol hcl.....	25
EPINEPHRINE.....	100	ethosuximide.....	17
epinephrine (anaphylaxis).....	100	ethynodiol diacet & eth estrad.....	72
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	101	etodolac.....	4
EPIVIR HBV.....	42	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	72
eplerenone.....	54	etravirine.....	44
		everolimus.....	31
		everolimus (immunosuppressant).....	80
		EVOTAZ.....	43

exemestane	29	fluocinolone acetonide	57
EXKIVITY	27	fluocinolone acetonide (otic)	106
ezetimibe	53	fluocinonide	57
ezetimibe-simvastatin	53	fluocinonide emulsified base	57
F		fluorometholone (ophth)	84
FABRAZYME	104	FLUOROURACIL	58
famciclovir	42	fluorouracil (topical)	58
famotidine	64	fluoxetine hcl	19
FANAPT	39	FLUOXETINE HCL	19
FANAPT TITRATION PACK	39	FLUOXETINE HCL (PMDD)	19
FARXIGA	87	fluphenazine decanoate	38
febuxostat	24	fluphenazine hcl	38
felbamate	14	FLUPHENAZINE HCL	38
felodipine	49	flurandrenolide	57
fenofibrate	52	FLURAZEPAM HCL	105
fenofibrate micronized	52	flurbiprofen	4
fentanyl	3	FLURBIPROFEN SODIUM	84
fentanyl citrate	1	flutamide	26
FERRIPROX	59	fluticasone propionate	57
fesoterodine fumarate	67	fluticasone propionate (nasal)	99
FETZIMA	19	FLUTICASONE-SALMETEROL	102
FETZIMA TITRATION	19	fluticasone-salmeterol	102
finasteride	68	fluvastatin sodium	52
fingolimod hcl	90	fluvoxamine maleate	19
FINTEPLA	14	FML	84
FIORICET	91	FML FORTE	84
FIRDAPSE	91	folic acid	61
FIRMAGON	76	fondaparinux sodium	68,69
FIRMAGON (240 MG DOSE)	76	formoterol fumarate	101
flavoxate hcl	67	FORTEO	64
FLEBOGAMMA DIF	78	fosamprenavir calcium	43
flecainide acetate	47	fosfomycin tromethamine	8
FLEXICHAMBER	96	fosinopril sodium	54
FLOVENT DISKUS	99	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide	51
FLOVENT HFA	99	FOTIVDA	27
fluconazole	22	fulvestrant	27
fluconazole in nacl	22	furosemide	54
flucytosine	22	FUZEON	46
fludrocortisone acetate	74	FYCOMPA	14
flunisolide (nasal)	99		

G

gabapentin.....	16
galantamine hydrobromide.....	17,18
GAMMAGARD.....	78
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	78
GAMMAKED.....	78
GAMMAPLEX.....	78
GAMUNEX-C.....	78
GARDASIL 9.....	81
gatifloxacin (ophth).....	83
GATTEX.....	66
gauze pads 2.....	96
GAVILYTE-C.....	66
GAVRETO.....	31
gefitinib.....	31
gemfibrozil.....	52
GEMTESA.....	67
GENTAK.....	83
gentamicin sulfate.....	7
gentamicin sulfate (ophth).....	83
gentamicin sulfate (topical).....	7
GENVOYA.....	43
GILOTrif.....	31
GLASSIA.....	104
GLEOSTINE.....	25
glimepiride.....	87
glipizide.....	87
glipizide-metformin hcl.....	87
GLUCAGEN HYPOKIT.....	88
glucagon (rdna).....	88
GLUCAGON EMERGENCY.....	88
glyburide.....	87
glyburide micronized.....	87
glyburide-metformin.....	87
glycopyrrolate.....	65
GLYXAMBI.....	87
GOLYTELY.....	66
gransetron hcl.....	21
griseofulvin microsize.....	23
griseofulvin ultramicrosize.....	23

guaifenesin-codeine.....	102
guanfacine hcl.....	47
guanfacine hcl (adhd).....	92
GUANIDINE HCL.....	25
GYZNAZOLE-1.....	23

H

HAEGARDA.....	77
halobetasol propionate.....	57
haloperidol.....	38
haloperidol decanoate.....	38
haloperidol lactate.....	38
HARVONI.....	42
HAVRIX.....	81
HEMADY.....	74
heparin sodium (porcine).....	69
HEPATAMINE.....	60
HEPLISAV-B.....	81
HIBERIX.....	81
HIZENTRA.....	79
HOMATROPAIRE.....	86
homatropine hbr.....	86
HUMALOG.....	89
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	89
HUMALOG KWIKPEN.....	89
HUMALOG MIX 50/50.....	89
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	89
HUMALOG MIX 75/25.....	89
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	89
HUMIRA.....	80
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START.....	80
HUMIRA PEN.....	80
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER.....	80
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	80
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START.....	80
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER.....	80
HUMULIN 70/30.....	89
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	89
HUMULIN N.....	89
HUMULIN N KWIKPEN.....	89
HUMULIN R.....	89

HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	89	IMBRUVICA.....	31
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	89	imipenem-cilastatin.....	11
hydralazine hcl.....	55	imipramine hcl.....	20
hydrochlorothiazide.....	54	imiquimod.....	58
HYDROCOD POLI-CHLORPHE POLI ER.....	102	IMOVAX RABIES.....	81
hydrocodone bitartrate-homatropine			
methylbromide.....	103	INCRELEX.....	71
hydrocodone polistirex-chlorpheniramine			
polistirex.....	103	INCRUSE ELLIPTA.....	100
hydrocodone-acetaminophen.....	1	indapamide.....	54
hydrocodone-ibuprofen.....	1	indomethacin.....	4
hydrocortisone.....	63	INFANRIX.....	81
hydrocortisone (intrarectal).....	63	INGREZZA.....	91
hydrocortisone (rectal).....	57	INLYTA.....	31
hydrocortisone (topical).....	57	INQOVI.....	27
hydrocortisone acetate (rectal).....	75	INREBIC.....	27
hydrocortisone acetate w/ pramoxine.....	58	INSPIRACHAMBER/LARGE.....	96
hydrocortisone butyrate.....	57,75	INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	96
hydrocortisone valerate.....	57,75	INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE.....	96
hydrocortisone w/acetic acid.....	106	INSPIRACHAMBER/SMALL.....	96
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID.....	106	INSPIREASE.....	96
HYDROMORPHONE HCL.....	2	INSULIN LISPRO.....	89
hydromorphone hcl.....	2,3	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	89
hydroxychloroquine sulfate.....	36	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	89
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE.....	73	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	89
hydroxyurea.....	27	INSULIN PEN NEEDLES.....	96
hydroxyzine hcl.....	99	INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	96
hydroxyzine pamoate.....	99	INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	96
hyoscyamine sulfate.....	65	INSULIN SYRINGE 1 ML.....	96
I		INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	96
ibandronate sodium.....	64	INSUPEN PEN NEEDLES.....	96
IBRANCE.....	31	INTELENCE.....	44
ibuprofen.....	4	INTRALIPID.....	60
icatibant acetate.....	77	INTRON A.....	78
ICLUSIG.....	31	INVEGA HAFYERA.....	39
icosapent ethyl.....	53	INVEGA SUSTENNA.....	39,40
IDHIFA.....	27	INVEGA TRINZA.....	40
ILARIS.....	79	IPOL.....	81
ILEVRO.....	84	ipratropium bromide.....	100
imatinib mesylate.....	31	ipratropium bromide (nasal).....	100
		ipratropium-albuterol.....	103
		irbesartan.....	47
		irbesartan-hydrochlorothiazide.....	51

ISENTRESS	43	ketorolac tromethamine	4
ISENTRESS HD	43	ketorolac tromethamine (ophth)	84
isoniazid	25	KINRIX	82
ISONIAZID	25	KISQALI (200 MG DOSE)	32
isopropyl alcohol (skin cleanser)	96	KISQALI (400 MG DOSE)	32
isosorbide dinitrate	55	KISQALI (600 MG DOSE)	32
ISOSORBIDE DINITRATE ER	55	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	27
isosorbide dinitrate-hydralazine hcl	51	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	27
isosorbide mononitrate	55	KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	27
isotretinoin	56	KORLYM	75
isradipine	49	KOSELUGO	28
itraconazole	23	KRAZATI	28
ivermectin	36		
IVERMECTIN	59		
ivermectin (rosacea)	59		
IXIARO	82		

J

JAKAFI	31
JANUMET	87
JANUMET XR	87
JANUVIA	87
JARDIANCE	87
JAYPIRCA	32
JENTADUETO	87
JENTADUETO XR	87
JULUCA	43
JUXTAPID	53
JYNNEOS	82

K

KALYDECO	101
KCL (0.149%) IN NACL	60
KCL (0.298%) IN NACL	60
KCL IN DEXTROSE-NACL	60
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	62
KEPIVANCE	46
KERENDIA	87
ketoconazole	23
ketoconazole (topical)	23
KETOPROFEN	4

ketorolac tromethamine	4
ketorolac tromethamine (ophth)	84
KINRIX	82
KISQALI (200 MG DOSE)	32
KISQALI (400 MG DOSE)	32
KISQALI (600 MG DOSE)	32
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	27
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	27
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	27
KORLYM	75
KOSELUGO	28
KRAZATI	28

L

labetalol hcl	48
lacosamide	16
lactated ringer's	62
lactated ringer's (irrigation)	62
LACTATED RINGERS	62
lactic acid (ammonium lactate)	57
lactulose	65
lactulose (encephalopathy)	65
lamivudine	45
lamivudine (hbv)	42
lamivudine-zidovudine	45
lamotrigine	14
LANREOTIDE ACETATE	76
lansoprazole	66
lanthanum carbonate	60
LANTUS	89
LANTUS SOLOSTAR	89
lapatinib ditosylate	32
LASTACAFT	83
latanoprost	84
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	42
leflunomide	80
lenalidomide	26
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	32
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	32
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	32
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	32

LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	32	LITEAIRE.....	96
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	32	LITHIUM.....	46
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	32	lithium carbonate.....	46
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	32	LONSURF.....	28
letrozole.....	30	loperamide hcl.....	64
leucovorin calcium.....	28	lopinavir-ritonavir.....	43
LEUKERAN.....	26	lorazepam.....	6
leuprolide acetate.....	76	LORBRENA.....	32
levalbuterol hcl.....	101	losartan potassium.....	47
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	101	losartan potassium & hydrochlorothiazide.....	51
LEVEMIR.....	89	loteprednol etabonate.....	84
LEVEMIR FLEXPEN.....	89	lovastatin.....	53
LEVEMIR FLEXTOUCH.....	89	loxapine succinate.....	38
levetiracetam.....	14	lubiprostone.....	65
levobunolol hcl.....	85	LULICONAZOLE.....	23
levocarnitine (metabolic modifiers).....	62	LUMAKRAS.....	28
levocetirizine dihydrochloride.....	99	LUMIGAN.....	84
levofloxacin.....	12,13	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	76
LEVOFLOXACIN.....	83	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	76
levofloxacin (ophth).....	83	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	76
levofloxacin in d5w.....	13	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	76
levonorgestrel & eth estradiol.....	72	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	76
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic).....	72	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	76
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day).....	72	lurasidone hcl.....	40
levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous).....	72	LYBALVI.....	18
levothyroxine sodium.....	76	LYNPARZA.....	32
LEXIVA.....	43	LYSODREN.....	28
lidocaine.....	5	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	32
LIDOCAINE HCL.....	5	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	32
lidocaine hcl.....	5	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	32
lidocaine hcl (mouth-throat).....	5	LYUMJEV.....	90
lidocaine-prilocaine.....	5	LYUMJEV KWIKPEN.....	90
lincomycin hcl.....	8		
LINDANE.....	59	M	
linezolid.....	8	M-M-R II.....	82
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8	mafenide acetate.....	56
LINZESS.....	65	magnesium sulfate.....	60
liothyronine sodium.....	76	malathion.....	59
lisdexamphetamine dimesylate.....	92	MAPROTILINE HCL.....	18
lisinopril.....	54	maraviroc.....	46
lisinopril & hydrochlorothiazide.....	51	MARPLAN.....	19

MATULANE	.26	METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	.51
MAVYRET	.42	methylergonovine maleate	.96
MAXIDEX	.84	methylphenidate hcl	.93
meclizine hcl	.21	METHYLPHENIDATE HCL ER	.93
MEDROL	.75	methylprednisolone	.75
medroxyprogesterone acetate	.74	methylprednisolone acetate	.75
medroxyprogesterone acetate (contraceptive)	.74	methylprednisolone sod succ	.75
mefloquine hcl	.36	methyltestosterone	.71
megestrol acetate	.74	metoclopramide hcl	.21
megestrol acetate (appetite)	.74	METOCLOPRAMIDE HCL	.21
MEKINIST	.32,33	metolazone	.54
MEKTOVI	.33	metoprolol & hydrochlorothiazide	.51
meloxicam	.4	metoprolol succinate	.48
MELPHALAN	.26	metoprolol tartrate	.48
memantine hcl	.17	metronidazole	.8
MENACTRA	.82	metronidazole (topical)	.8
MENEST	.72	metronidazole vaginal	.8
MENQUADFI	.82	metyrosine	.51
MENVEO	.82	mexiletine hcl	.48
MEPERIDINE HCL	.2	micafungin sodium	.23
MEPHYTON	.70	MICONAZOLE 3	.23
meprobamate	.5	MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLAT	.23
mercaptopurine	.27	MICROCHAMBER	.96
meropenem	.11	MICROSPACER	.96
MEROOPENEM-SODIUM CHLORIDE	.12	midodrine hcl	.47
mesalamine	.63	MIGERGOT	.24
mesna	.29	miglitol	.87
MESNEX	.29	miglustat	.104
metaxalone	.83	minocycline hcl	.13
metformin hcl	.87	minoxidil	.55
methadone hcl	.3	mirtazapine	.18
methazolamide	.85	misoprostol	.66
methenamine hippurate	.8	modafinil	.105
methimazole	.77	moexipril hcl	.55
methocarbamol	.83	MOLINDONE HCL	.38
methotrexate sodium	.80	mometasone furoate	.58,75
methoxsalen rapid	.58	mometasone furoate (nasal)	.100
methscopolamine bromide	.65	montelukast sodium	.100
methsuximide	.17	morphine sulfate	.2,3
methyldopa	.47	MORPHINE SULFATE	.2
		MOVANTIK	.65

moxifloxacin hcl.....	13	NEUPRO.....	36
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	83	NEVIRAPINE.....	44
moxifloxacin hcl (ophth).....	83	nevirapine.....	44
MULTAQ.....	48	NEVIRAPINE ER.....	44
MULTI-VIT-FLOR.....	62	niacin (antihyperlipidemic).....	53
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE.....	62	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	53
MULTIVITAMIN/FLUORIDE.....	60,62	NIACOR.....	53
mupirocin.....	56	nicardipine hcl.....	49
MUSE.....	67	NICOTROL.....	6
MYALEPT.....	66	NICOTROL NS.....	6
mycophenolate mofetil.....	80	nifedipine.....	49
mycophenolate mofetil hcl.....	80	nilutamide.....	26
mycophenolate sodium.....	80	nimodipine.....	49
MYRBETRIQ.....	67	NINLARO.....	28
N		nisoldipine.....	49
nabumetone.....	4	NISOLDIPINE ER.....	49
nadolol.....	48	nitazoxanide.....	36
nafcillin sodium.....	11	nitisinone.....	104
naftifine hcl.....	23	NITRO-BID.....	55
NAGLAZYME.....	104	NITRO-DUR.....	55
naloxone hcl.....	7	NITRO-TIME.....	55
NALOXONE HCL.....	7	nitrofurantoin.....	9
naltrexone hcl.....	7	nitrofurantoin macrocrystal.....	8
NAMZARIC.....	17	nitrofurantoin monohyd macro.....	8
naproxen.....	4	nitroglycerin.....	55
naproxen sodium.....	4	NITROSTAT.....	55
naratriptan hcl.....	24	NITYR.....	104
NATACYN.....	84	NIVA THYROID.....	76
nateglinide.....	87	nizatidine.....	64
NATPARA.....	64	NORDITROPIN FLEXPRO.....	71
NAYZILAM.....	5	norelgestromin-ethinyl estradiol.....	73
nebivolol hcl.....	49	norethrin acet & estrad-fe.....	73
NEFAZODONE HCL.....	19	norethindrone & eth estradiol.....	73
neomycin sulfate.....	7	norethindrone & ethinyl estradiol-fe.....	73
neomycin-bacitracin zn-polymyxin.....	86	norethindrone (contraceptive).....	74
neomycin-polymy-dexameth.....	86	norethindrone acet & eth estra.....	73
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	86	norethindrone acetate.....	74
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	86	norethindrone acetate-ethinyl estradiol.....	73
neomycin-polymyxin-hc (otic).....	106	norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe....	73
NERLYNX.....	33	norethindrone-eth estradiol (triphasic).....	73
		norgestimate-ethinyl estradiol.....	73

norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic).....	73	ONDANSETRON HCL.....	21
norgestrel & ethinyl estradiol.....	73	ondansetron hcl.....	21,22
NORMOSOL-M IN D5W.....	60	ONUREG.....	28
nortriptyline hcl.....	20	OPSUMIT.....	98
NORVIR.....	44	OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK.....	96
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC.....	96	OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK.....	96
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC.....	96	OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK.....	96
NP THYROID.....	76	OPTICHAMBER DIAMOND.....	97
NUBEQA.....	26	OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK.....	97
NUCALA.....	103	OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK.....	97
NUEDEXTA.....	91	OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK.....	97
NULYTELY LEMON-LIME.....	65	OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE.....	97
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS.....	65	OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM.....	97
NUPLAZID.....	40	OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL.....	97
NUTRILIPID.....	60	OPTIHALER.....	97
NYMALIZE.....	49	OPVEE.....	97
nystatin.....	23	ORBACTIV.....	9
nystatin (mouth-throat).....	23	ORGOVYX.....	77
nystatin (topical).....	23	orphenadrine citrate.....	83
nystatin-triamcinolone.....	58	ORSERDU.....	26

O

octreotide acetate.....	77	oseltamivir phosphate.....	41
ODEFSEY.....	44	OSPHENA.....	73
ODOMZO.....	33	OTEZLA.....	58,79
OFEV.....	101	oxandrolone.....	71
ofloxacin.....	13	oxaprozin.....	4
ofloxacin (ophth).....	84	oxazepam.....	6
ofloxacin (otic).....	106	oxcarbazepine.....	16
OJJAARA.....	29	oxiconazole nitrate.....	23
olanzapine.....	40	oxybutynin chloride.....	67
olanzapine-fluoxetine hcl.....	18	oxycodone hcl.....	2
olmesartan medoxomil.....	47	OXYCODONE HCL ER.....	3
olmesartan medoxomilamlodipinehydrochlorothiazide.....	51	oxycodone w/ acetaminophen.....	2
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide.....	51	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	2
olopatadine hcl.....	83	OXYCODONE-ASPIRIN.....	2
olopatadine hcl (nasal).....	99	OXYCODONE-IBUPROFEN.....	2
omega-3-acid ethyl esters.....	53	oxymorphone hcl.....	2
omeprazole.....	66	OXYMORPHONE HCL ER.....	3
ondansetron.....	22	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	87
		OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	87
		OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	88

P

paliperidone.....	40	permethrin.....	59
PANRETIN.....	35	perphenazine.....	21
pantoprazole sodium.....	66	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	18
paricalcitol.....	64	PERSERIS.....	40
paromomycin sulfate.....	7	PFIZERPEN.....	11
paroxetine hcl.....	19,20	phenazopyridine hcl.....	67
paroxetine mesylate (vasomotor).....	20	phenelzine sulfate.....	19
PASER.....	25	phenobarbital.....	16
PAXLOVID (150/100).....	97	phenobarbital-hyoscyamine-atropine-	
PAXLOVID (300/100).....	97	scopolamine.....	65
PAZEO.....	83	phenylephrine hcl (mydriatic).....	86
pazopanib hcl.....	33	phenytoin.....	17
ped multivitamins w/fl & iron.....	61	phenytoin sodium extended.....	17
PEDIARIX.....	82	PHOSPHOLINE IODIDE.....	85
pediatric multivitamins w/fl.....	62	phytonadione.....	70
pediatric vitamins acd w/ fluoride.....	62	PIFELTRO.....	44
PEDVAX HIB.....	82	pilocarpine hcl.....	85
peg 3350-kcl-nacl-na sulfate-na ascorbate-			
ascorbic acid.....	65	pilocarpine hcl (oral).....	46
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod			
sulfate.....	66	pimecrolimus.....	58
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-			
sod chloride.....	65	PIMOZIDE.....	38
PEG-PREP.....	65	pindolol.....	49
PEGANONE.....	17	pioglitazone hcl.....	88
PEGASYS.....	78	pioglitazone hcl-glimepiride.....	88
PEGASYS PROCLICK.....	78	pioglitazone hcl-metformin hcl.....	88
PEMAZYRE.....	33	piperacillin sodium-tazobactam sodium.....	11
PEN NEEDLES.....	97	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	33
penciclovir.....	56	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	33
penicillamine.....	67	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	33
penicillin g potassium.....	11	pirfenidone.....	101
PENICILLIN G SODIUM.....	11	PIRFENIDONE.....	101
penicillin v potassium.....	11	piroxicam.....	4
PENTACEL.....	82	PLENU.....	65
pentamidine isethionate.....	36	POCKET CHAMBER.....	97
pentazocine w/ naloxone.....	2	POCKET SPACER.....	97
pentoxifylline.....	51	podofilox.....	58
perindopril erbumine.....	55	POLY-VI-FLOR.....	62
		polymyxin b sulfate.....	9
		polymyxin b-trimethoprim.....	84
		POMALYST.....	26
		posaconazole.....	23
		pot & sod citrates w/citric ac.....	67

potassium bicarbonate.....	62	PRIVIGEN.....	79
potassium chloride.....	61	PRO COMFORT SPACER ADULT.....	97
POTASSIUM CHLORIDE ER.....	61	PRO COMFORT SPACER CHILD.....	97
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE	62	PRO COMFORT SPACER INFANT.....	97
potassium chloride in dextrose & sodium chloride.....	61	probencid.....	24
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL.....	61	PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	97
potassium chloride microencapsulated crystals er.....	61	PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	97
potassium citrate (alkalinizer).....	61	PROCHAMBER VHC.....	97
potassium citrate-citric acid.....	67	prochlorperazine.....	21
potassium phosphate monobasic.....	67	prochlorperazine maleate.....	21
PRADAXA.....	69	PROCTOFOAM HC.....	58
pramipexole dihydrochloride.....	37	PROCYSB.....	104
PRAMOSONE.....	58	progesterone.....	74
prasugrel hcl.....	70	PROGRAF.....	80
pravastatin sodium.....	53	PROLASTIN-C.....	104
praziquantel.....	36	PROLENSA.....	84
prazosin hcl.....	48	PROLIA.....	64
PREDNICARBATE.....	75	PROMACTA.....	69
prednisolone.....	75	promethazine & phenylephrine.....	103
PREDNISOLONE ACETATE.....	84	promethazine hcl.....	21,99
prednisolone sodium phosphate.....	75	PROMETHAZINE VC.....	103
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	84	PROMETHAZINE VC/CODEINE.....	103
prednisone.....	75	promethazine w/codeine.....	103
PREDNISONE INTENSOL.....	75	promethazine-dm.....	103
pregabalin.....	90,91	promethazine-phenylephrine-codeine.....	103
PREHEVBRIOP.....	82	PROMETHEGAN.....	21
PREMARIN.....	73	propafenone hcl.....	48
PREMASOL.....	61	PROPANTHELINE BROMIDE.....	65
PREMPHASE.....	73	proparacaine hcl.....	86
PREMPRO.....	73	propranolol hcl.....	49
prenatal vitamins.....	62	PROPRANOLOL-HCTZ.....	52
PREVYMIS.....	41	propylthiouracil.....	77
PREZCOBIX.....	44	PROQUAD.....	82
PREZISTA.....	44	protriptyline hcl.....	20
PRIFTIN.....	25	pseudoephed-bromphen-dm.....	103
primaquine phosphate.....	36	PULMICORT FLEXHALER.....	100
PRIMEAIRE HOLDING CHAMBER.....	97	PULMOZYME.....	101
primidone.....	16	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	97
PRIORIX.....	82	PURE COMFORT SPACER CHAMBER.....	97
		PURIXAN.....	27
		pyrazinamide.....	25

pyridostigmine bromide.....	25	REZLIDHIA.....	33
pyrimethamine.....	36	REZUROCK.....	81
Q		RHOPRESSA.....	.85
QINLOCK.....	28	RIBAVIRIN.....	.42
QUADRACEL.....	82	ribavirin.....	103
quetiapine fumarate.....	40	ribavirin (hepatitis c).....	42
QUFLORA PEDIATRIC.....	62	RIDAURA.....	.79
quinapril hcl.....	55	rifabutin.....	25
quinapril-hydrochlorothiazide.....	52	rifampin.....	25
quinidine gluconate.....	48	RIFATER.....	25
quinidine sulfate.....	48	riluzole.....	.91
quinine sulfate.....	36	RIMANTADINE HCL.....	.41
R		ringer's.....	.62
RABAVERT.....	82	ringer's irrigation.....	.62
rabeprazole sodium.....	66	RINVOQ.....	.81
raloxifene hcl.....	73	risedronate sodium.....	.64
ramelteon.....	105	RISPERDAL CONSTA.....	.40
ramipril.....	55	risperidone.....	.41
ranolazine.....	52	RITEFLO.....	.97
rasagiline mesylate.....	37	ritonavir.....	.44
RAVICTI.....	104	rivastigmine.....	.18
RECOMBIVAX HB.....	82	rivastigmine tartrate.....	.18
RECTIV.....	55	rizatriptan benzoate.....	.24
REGRANEX.....	58	ROCKLATAN.....	.86
RELENZA DISKHALER.....	41	roflumilast.....	.102
RELISTOR.....	65	ropinirole hydrochloride.....	.37
repaglinide.....	88	rosuvastatin calcium.....	.53
REPAGLINIDE-METFORMIN HCL.....	88	ROTARIX.....	.82
REPATHA.....	53	ROTATEQ.....	.82
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	53	ROZLYTREK.....	.28
REPATHA SURECLICK.....	53	RUBRACA.....	.33
RESCRIPTOR.....	44	RUCONEST.....	.77
RESTASIS.....	.86	rufinamide.....	.17
RESTASIS MULTIDOSE.....	.86	RUKOBIA.....	.46
RETACRIT.....	70	RUZURGI.....	.97
RETEVMO.....	28	RYBELSUS.....	.88
REVLIMID.....	26	RYDAPT.....	.33
REXULTI.....	40		
REYATAZ.....	44	S	
		salsalate.....	.4
		SANDIMMUNE.....	.81

SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	77	SOMATULINE DEPOT.....	77
SANTYL.....	58	SOMAVERT.....	77
sapropterin dihydrochloride.....	104	sorafenib tosylate.....	33
SCEMBLIX.....	33	sotalol hcl.....	48
scopolamine.....	21	sotalol hcl (afib/afl).....	48
SECUADO.....	41	SPINOSAD.....	59
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	97	SPIRIVA HANDIHALER.....	100
selegiline hcl.....	37	SPIRIVA RESPIMAT.....	100
selenium sulfide.....	58	spironolactone.....	54
SELZENTRY.....	46	spironolactone & hydrochlorothiazide.....	52
SEREVENT DISKUS.....	101	SPRITAM.....	15
sertraline hcl.....	20	SPRYCEL.....	33
sevelamer carbonate.....	60	SPS.....	60
sevelamer hcl.....	60	SSS 10-5.....	59
SHINGRIX.....	82	stavudine.....	45
SIGNIFOR.....	77	STELARA.....	59,79
sildenafil citrate.....	67	STIVARGA.....	33
sildenafil citrate (pulmonary hypertension)....	98	STRENSIQ.....	104
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	97	STREPTOMYCIN SULFATE.....	7
silodosin.....	68	STRIBILD.....	43
silver sulfadiazine.....	58	SUCRAID.....	104
SIMBRINZA.....	85	sucralfate.....	66
simvastatin.....	53	SULFACETAMIDE SODIUM.....	84
sirolimus.....	81	sulfacetamide sodium (acne).....	13
SIRTURO.....	25	sulfacetamide sodium (ophth).....	84
SKYRIZI.....	59,66,79	sulfacetamide sodium w/ sulfur.....	59
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	79	SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR.....	59
SKYRIZI PEN.....	79	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	86
SMOFLIPID.....	62	sulfadiazine.....	13
sodium chloride.....	61	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	13
sodium chloride (inhalant).....	103	SULFAMYLYON.....	56
sodium citrate & citric acid.....	68	sulfasalazine.....	63
sodium fluoride.....	62	sulindac.....	5
sodium phenylbutyrate.....	104	sumatriptan.....	24
sodium polystyrene sulfonate.....	60	sumatriptan succinate.....	24
SODIUM SULFACETAMIDE-BAKUCHIOL.....	59	SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	24
sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate.....	66	sunitinib malate.....	34
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	42	SUNLENCA.....	46
solifenacin succinate.....	67	SUPRAX.....	10
SOLTAMOX.....	27	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	97
		SYMBICORT.....	103

SYMDEKO	.101	terazosin hcl	.48
SYMPAZAN	.16	terbinafine hcl	.23
SYMTUZA	.44	terbutaline sulfate	.101
SYNAREL	.77	terconazole vaginal	.23
SYNERCID	.9	teriflunomide	.90
SYNJARDY	.88	testosterone	.71
SYNJARDY XR	.88	testosterone cypionate	.71
SYNRIBO	.28	testosterone enanthate	.71
SYNTHROID	.76	tetrabenazine	.91
T		tetracycline hcl	.13
TABLOID	.27	THALOMID	.26
TABRECTA	.28	THEO-24	.102
tacrolimus	.81	theophylline	.102
tacrolimus (topical)	.58	THEOPHYLLINE ER	.102
tadalafil	.68	THIOLA EC	.68
tadalafil (pulmonary hypertension)	.98	thioridazine hcl	.38
TAFINLAR	.34	thiotepa	.26
tafluprost	.85	thiothixene	.38
TAGRISSO	.34	thyroid	.76
TALTZ	.79	tiagabine hcl	.16
TALZENNA	.34	TIBSOVO	.34
tamoxifen citrate	.27	TICOVAC	.82
tamsulosin hcl	.68	tigecycline	.9
TASIGNA	.34	timolol maleate	.24
tasimelteon	.105	timolol maleate (ophth)	.85
TAVALISSE	.70	tinidazole	.9
tazarotene	.56	tiopronin	.68
TAZICEF	.10	TIVICAY	.43
TAZORAC	.56	TIVICAY PD	.43
TAZVERIK	.28	tizanidine hcl	.22
TDVAX	.82	TOBI PODHALER	.101
TEFLARO	.10	TOBRADEX	.86
telmisartan	.47	tobramycin	.101
telmisartan-amlodipine	.52	tobramycin (ophth)	.84
telmisartan-hydrochlorothiazide	.52	tobramycin sulfate	.7
temazepam	.105	tobramycin-dexamethasone	.86
TEMIXYS	.45	TOBREX	.84
TENIVAC	.82	TOLAK	.59
tenofovir disoproxil fumarate	.45	TOLAZAMIDE	.88
TEPMETKO	.34	TOLBUTAMIDE	.88
		tolterodine tartrate	.67

topiramate	15	TRIUMEQ	45
toremifene citrate	27	TRIUMEQ PD	45
torsemide	54	TRIZIVIR	45
TOUJEO MAX SOLOSTAR	90	trospium chloride	67
TOUJEO SOLOSTAR	90	TRULICITY	88
TPN ELECTROLYTES	62	TRUMENBA	82
TRACLEER	98	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	34
TRADJENTA	88	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	34
tramadol hcl	2,3,4	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	34
TRAMADOL HCL (ER BIPHASIC)	3	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	34
tramadol-acetaminophen	3	TUKYSA	34
trandolapril	55	TURALIO	34
trandolapril-verapamil hcl	52	TWINRIX	82
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER	52	TYBOST	46
tranexamic acid	70	TYMLOS	64
tranylcypromine sulfate	19	TYPHIM VI	82
travoprost	85	TYSABRI	90
trazodone hcl	20	U	
TRECATOR	25	UBRELVY	24
TRELEGY ELLIPTA	103	UKONIQ	34
TRELSTAR MIXJECT	77	ursodiol	66
TRESIBA	90	V	
TRESIBA FLEXTOUCH	90	valacyclovir hcl	43
tretinoin	56	VALCHLOR	26
tretinoin (chemotherapy)	35	valganciclovir hcl	41
TREXALL	81	valproate sodium	15
triamcinolone acetonide (mouth)	46	valproic acid	15
triamcinolone acetonide (topical)	58	valsartan	47
triamterene	54	valsartan-hydrochlorothiazide	52
triamterene & hydrochlorothiazide	52	VALTOCO 10 MG DOSE	16
triazolam	105	VALTOCO 15 MG DOSE	16
TRIENTINE HCL	59	VALTOCO 20 MG DOSE	16
trientine hcl	59	VALTOCO 5 MG DOSE	16
trifluoperazine hcl	39	vancomycin hcl	9
TRIFLURIDINE	42	VANDAZOLE	9
trihexyphenidyl hcl	37	VANFLYTA	28
TRIKAFFTA	101	VAQTA	82
trimethobenzamide hcl	21	vardenafil hcl	68
trimethoprim	9	varenicline tartrate	6
trimipramine maleate	21		
TRINTELLIX	20		

VARIVAX	.82
VARIZIG	79
VECAMYL	52
VELIVET	73
VELTASSA	60
VENCLEXTA	34
VENCLEXTA STARTING PACK	35
venlafaxine hcl	20
VENTAVIS	98
verapamil hcl	50
VERAPAMIL HCL ER	50
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	98
VERIFINE INSULIN SYRINGE	98
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	98
VERSACLOZ	39
VERZENIO	35
VICTOZA	88
VIDEX	45
VIDEX EC	45
vigabatrin	16
VIIBRYD STARTER PACK	20
vilazodone hcl	20
VIRACEPT	44
VIREAD	45
VITRAKVI	35
VIZIMPRO	35
VONJO	29
voriconazole	23
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD	98
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER	98
VORTEX HOLDING CHAMBER/MASK	98
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER	98
VOSEVI	42
VOTRIENT	35
VRAYLAR	41
VYNDAMAX	52
VYNDAQEL	105
VYVANSE	92
VYZULTA	85

W

warfarin sodium	69
WATCHHALER	98
water for irrigation, sterile	98
WELIREG	29

X

XALKORI	35
XARELTO	69
XARELTO STARTER PACK	69
XATMEP	81
XCOPRI	15
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	15
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	15
XELJANZ	79
XELJANZ XR	81
XERMELO	64
XGEVA	64
XIFAXAN	9
XIGDUO XR	88
XiIDRA	86
XOFLUZA (40 MG DOSE)	42
XOFLUZA (80 MG DOSE)	42
XOLAIR	79
XOSPATA	35
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	29
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	29
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	29
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	29
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	29
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	29
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	29
XTANDI	26
XYREM	105

Y

YF-VAX	.82
--------	-----

Z

zafirlukast	100
-------------	-----

zaleplon	105
ZARXIO	70
ZEJULA	35
ZELBORAF	35
ZENPEP	105
zidovudine	45
ziprasidone hcl	41
ziprasidone mesylate	41
ZIRGAN	41
zoledronic acid	64
ZOLINZA	29
zolmitriptan	24
zolpidem tartrate	105
ZONISADE	17
zonisamide	17
ZONTIVITY	69
ZTALMY	15
ZUBSOLV	7
ZYDELIG	35
ZYKADIA	35
ZYLET	86
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

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 panggamot. 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 답해 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 سؤال تتعلق بالصحة او جدول الأدوية لدينا. للحصول على مساعدة، يرجى 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 È 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 Italiano 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 késyon 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ございます。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 tuqj 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 1h1y3 47 doodago azee' bee aa 1h1y3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoolnih77 h0l=. Ata' halne'4 biniiy4go, koj8'1-800-776-4466 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[t'i n7k1 adoolwo[. D77 t'11 j77k'eh bee an1'lwo.

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

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រើប្រាស់មាត់ដោយគតគិតថ្មីដើម្បីស្វិយសំណរនា។
ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព បុគ្គលិកសម្រាប់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រើប្រាស់មាត់ម្នាក់
ស្ថិស្ទិសទៅមកយើងនៅតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនឹងយកាសាខ្មែរភាសាអ្នកបាន។
សេវានេះចំណូនគិតថ្មីទៅនៅទីនេះ។

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 lор zipv longc faan waac nor, douc waac lор 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 ພວກເຮົາມີນາຍພາກວາໄດ້ຢູ່ບໍ່ແຍ້ຄ່າເຝື່ອຕາອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດລະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ເຜົນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເຝື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາກວາ, ພົງປະຕົວໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເປີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮັບພາກວາຈຳກັດລ່ວມຫ່ານ, ນີ້ແມ່ນບໍລິການໃດໜຶ່ງແຍ້ຄ່າ.

Armenian Մեզ մոտ հասանելի են անվշար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանցահարեք մեզ **1-800-776-4466** հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերեն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվշար 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، کافیست با ما به شماره ۰۷۷۶-۴۴۶۶-۸۰۰-۱ تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند ممکن است به شما کمک کند این نک خدمت رایگان است.

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

Este formulario se actualizó el **12/01/2023**. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Atención 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 blueshieldca.com/medformulary2023.

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 blueshieldca.com/medpharmacy2023.

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。

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