



Blue Shield 65 Plus (HMO)

Formulario de 2025

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

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

N.º de identificación del formulario: 25362

Este formulario se actualizó el 10/23/2024. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar blueshieldca.com/medformulary2025.

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

A53840MAD-D-SP_1024 (11/24)
Y0118_24_446B_SP_C 08022024
10/23/2024

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

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos "nosotros", "nos" o "nuestro(s)", se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a Blue Shield 65 Plus.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 10/23/2024. Si necesita una lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización de la lista de medicamentos (formulario), están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

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

¿Qué es el formulario de Blue Shield 65 Plus?

En este documento, usamos los términos lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados 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 medicamento 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 cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero nuestro plan puede agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web aquí: blueshieldca.com/medformulary2025.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos por una versión nueva del medicamento que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Al agregar una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas.

Podemos hacer estos cambios de inmediato solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaban en el formulario (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin que sea necesaria una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos antes de hacer un cambio inmediato para el producto en cuestión, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos un cambio así, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que cambió. Para obtener más información, consulte la sección a continuación llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?".

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación llamada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, luego, notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario, cuando agregamos un equivalente genérico, o podemos eliminar un producto biológico original, cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlos a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. Además, es posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado a algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarles a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha de comienzo del cambio. Como alternativa, cuando un miembro pide una repetición del medicamento, es posible que reciba un suministro para 30 días y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que estaba tomando. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?".

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2025 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2025, 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 cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios le afectarían y es importante consultar el formulario del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del 10/23/2024 . Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2025.

¿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 en qué categoría buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 111 . 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. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los

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

- Para un análisis sobre el tipo de medicamentos, consulte la sección 3.1 “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos” del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Es posible que haya ciertos límites o requisitos adicionales en la cobertura de algunos medicamentos cubiertos. Estos requisitos o límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Nuestro plan exige que usted o el profesional que le hace las recetas obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de nuestro plan antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que nuestro plan cubrirá. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan brinda 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, nuestro plan exige que primero intente tratar su problema de salud con ciertos medicamentos antes de que cubramos otro medicamento para tratar el problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B.

Puede ver si hay más límites o requisitos para su medicamento en el formulario que empieza en la página 1. 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. Además, puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción con respecto a estos límites o restricciones, o bien puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su problema de salud. Consulte la sección “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario del plan?” en la página vi para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero deberá comunicarse con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si le informan que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente que le envíe una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrésela 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 65 Plus?

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 renunciemos a una restricción de cobertura, que incluye una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad 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.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que ese medicamento corresponda al nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.

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 la aplicación de restricciones no son tan eficaces para usted y/o le provocarían efectos adversos.

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

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

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que sí esté en nuestro formulario, pero tenga una restricción de cobertura, como una autorización previa de nuestra parte antes de recibir sus medicamentos recetados. Debe hablar con el profesional que le hace las recetas sobre cómo pedir una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico deciden qué es lo mejor para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días si sus medicamentos no están en nuestro formulario o si hay una restricción de cobertura. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicación como máximo. Si su cobertura no está aprobada, dejaremos de pagar esos medicamentos después de su primer suministro de 30 días, 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 lo siguiente:

- Medicamentos de la Parte D que no están en el formulario del plan.
- Medicamentos de la Parte D anteriormente cubiertos por excepción una vez que termina la excepción.
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario de plan y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D como los 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) 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 el equipo de Servicio al Cliente de nuestro plan si quieren recibir ayuda para iniciar un pedido de autorización previa o de excepción. Los formularios para pedir una autorización previa o una excepción están disponibles en nuestro sitio web. También se envían por correo postal, correo electrónico o fax a pedido de los miembros y los profesionales que hacen las recetas.

De acuerdo con nuestra política de transición y junto con las farmacias de la red, para evitar interrupciones en un tratamiento continuo, se brindará un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario, o de medicamentos 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 y/o técnicos de farmacia de Blue Shield. Si se rechaza un pedido de excepción del formulario, le enviaremos al profesional que hace las recetas una lista de alternativas terapéuticas adecuadas. Además, usted recibirá una carta con instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

El suministro de transición es un suministro temporal de 30 días del medicamento que no está en el formulario (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar un total de 30 días de medicamento). El suministro de transición se brinda por única vez y se puede obtener en una farmacia de venta al por menor durante los primeros 90 días de la membresía nueva, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura de nuestro plan. Con un suministro total de 30 días como máximo, se pueden repetir las recetas de transición que se hayan brindado en menor cantidad que la indicada, debido a un cambio en el límite de cantidad del plan por motivos de seguridad o a cambios en el uso del medicamento según las indicaciones de la etiqueta aprobada del producto. Si un cambio negativo en el formulario lo afecta de un año al siguiente, le brindaremos 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 alcanzar un total de 30 días de medicamento). En el caso de los miembros elegibles para recibir un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos brindados en el proceso de transición no superará las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros elegibles para el LIS. En el caso de los demás miembros (los que no tengan acceso al LIS), para los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario y se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería para los medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueben mediante una excepción del formulario; y para los medicamentos del formulario sujetos a cambios en la administración del uso que se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería una vez cumplidos los criterios de administración del uso. Después de completar el proceso de excepciones y determinar que las dosis de los medicamentos de la Parte D recetadas originalmente son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

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

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

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

Cómo obtener más información

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

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

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <http://www.medicare.gov>.

Formulario del plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 111 .

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

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

LEYENDA

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

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
EDC	Enhanced Drug Coverage (Cobertura de Medicamentos Mejorada)	Por lo general, este medicamento recetado no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare; sin embargo, Blue Shield cubre este medicamento como beneficio complementario. La cantidad que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales 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 recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
LA	Limited Access (Acceso Limitado)	Es posible que esta receta solo esté disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente.
PA	Prior Authorization (Autorización Previa)	La cobertura de esta receta requiere autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para proporcionar la información necesaria para que se determine la cobertura. Es posible que algunos medicamentos requieran una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos se identifican con la nota "PA – Part B vs. D Determination" (PA – Determinación Parte B o D).
QL	Quantity Limit (Límite de Cantidad)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad de suministro. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Step Therapy (Tratamiento Escalonado)	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
NDS	Non-Extended Day Supply (Suministro de Días No Extendido)	Los medicamentos NO están disponibles para suministro a largo plazo.
INS	Covered Insulin (Insulina Cubierta)	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.
VAC	\$0 Vaccine (Vacunación Sin Costo)	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA

ACETAMINOPHEN-CODEINE (120-12 MG/5ML SOLUTION, 300-30 MG/12.5ML SOLUTION)	gen	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	gen	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	gen	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
FENTANYL CITRATE (100 MCG TAB, 200 MCG LOZ HANDLE, 200 MCG TAB, 400 MCG LOZ HANDLE, 400 MCG TAB, 600 MCG LOZ HANDLE, 600 MCG TAB, 800 MCG LOZ HANDLE, 800 MCG TAB, 1200 MCG LOZ HANDLE, 1600 MCG LOZ HANDLE)	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	gen	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-300 mg tab, 10-300 mg tab)</i>	gen	PA, QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-300 mg tab</i>	gen	PA, QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen (5-200 mg tab, 7.5-200 mg tab, 10-200 mg tab)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid</i>	gen	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	gen	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	gen	QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
MORPHINE SULFATE (5 MG SUPPOS, 10 MG SUPPOS, 20 MG SUPPOS, 30 MG SUPPOS)	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>morphine sulfate (concentrate) ((concentrate) 20 mg/ml solution, (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i>	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	gen	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (20 mg tab, 100 mg/5ml conc)</i>	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	gen	QL (1000 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxymorphone hcl 10 mg tab</i>	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxymorphone hcl 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

<i>buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)</i>	gen	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
---	-----	----------------------------------

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>fentanyl (12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr, 100 mcg/hr patch 72hr)</i>	gen	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl er (er 8 mg tab er 24h, er 16 mg tab er 24h, er 32 mg tab er 24h)</i>	gen	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl er 12 mg tab er 24h</i>	gen	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg tab, 10 mg/ml conc)</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	inj	PA, NDS
<i>methadone hcl 40 mg tab sol</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl intensol 10 mg/ml conc</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadose 40 mg tab sol</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	gen	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	gen	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	gen	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
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
<i>tramadol hcl (er biphasic) (biphasic) 100 mg tab er 24h, biphasic) 200 mg tab er 24h, biphasic) 300 mg tab er 24h)</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol hcl er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE (50-325-40 MG CAP, 50-325-40 MG TAB)	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	gen	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

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>celecoxib 400 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	gen	
<i>diclofenac sodium (1 % gel, 1.5 % solution, 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	gen	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	gen	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	gen	
<i>diclofenac-misoprostol (50-0.2 mg tab dr, 75-0.2 mg tab dr)</i>	gen	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	gen	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h, er 600 mg tab er 24h)</i>	gen	
FLURBIPROFEN (50 MG TAB, 100 MG TAB)	gen	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	gen	
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	gen	
<i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	gen	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	gen	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	gen	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	gen	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>salsalate (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

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

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

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

BENZODIACEPINAS

<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er 24h, er 1 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp)</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (1 mg tab, 1 mg tab disp)</i>	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	gen	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

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>diazepam 2 mg tab</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	gen	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>oxazepam (10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

DEPENDENCIA A OPIOIDES

<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 2-0.5 mg film, -naloxone 4-1 mg film)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 8-2 mg film, -naloxone 8-2 mg sl tab)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

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

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

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	inj	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	spec	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	gen	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	inj	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	gen	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	inj	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	inj	

ANTIBACTERIANOS, OTROS

<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	inj	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	brd	
<i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	inj	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	inj	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	inj	

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
CLINDESSE 2 % CREAM	brd	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	inj	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	spec	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	gen	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	inj	
<i>linezolid (100 mg/5ml recon susp, 600 mg tab)</i>	gen	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	inj	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	spec	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	gen	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 250 mg tab, 375 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>metronidazole 500 mg/100ml solution</i>	inj	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	gen	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	inj	
<i>rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)</i>	gen	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	spec	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	inj	
<i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (50 mg/ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln)</i>	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME)
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)

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

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	gen	
CEFACLOR ER 500 MG TAB ER 12H	gen	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg/5ml recon susp)</i>	gen	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	inj	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap)</i>	gen	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	inj	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	gen	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	npd	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i>	inj	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	inj	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	inj	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	inj	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 750 mg cap)</i>	gen	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	inj	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	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
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	gen	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	gen	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	gen	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	gen	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	inj	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln)</i>	inj	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML RECON SUSP	brd	
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	inj	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	inj	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	inj	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i>	inj	
<i>penicillin g potassium (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)</i>	inj	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	inj	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	gen	
PFIZERPEN (5000000 RECON SOLN, 20000000 RECON SOLN)	inj	

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>piperacillin sod-tazobactam so (d-tazobactam 2.25 (2-0.25) gm recon ln, d-tazobactam 3-0.375 gm recon ln, d-tazobactam 3.375 (3-0.375) gm recon ln, d-tazobactam 4-0.5 gm recon ln, d-tazobactam 4.5 (4-0.5) gm recon ln, d-tazobactam 13.5 (12-1.5) gm recon ln, d-tazobactam 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	inj	

CARBAPENÉMICOS

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

MACRÓLIDOS

<i>azithromycin (1 gm packet, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	gen	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	inj	
<i>clarithromycin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	gen	
DIFICID 200 MG TAB	spec	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	spec	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 400 400 MG TAB	gen	
<i>ery-tab (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	inj	
ERYTHROCIN STEARATE 250 MG TAB	brd	
<i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	gen	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	inj	

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
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	brd	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	brd	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	gen	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	inj	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	inj	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	inj	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	gen	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ofloxacin (300 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
SULFONAMIDAS		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	gen	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	gen	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	inj	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	gen	
TETRACICLINAS		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	gen	
<i>demeclocycline hcl (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	npd	
<i>doxycycline 40 mg cap dr</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>doxycycline hyclate (50 mg tab dr, 75 mg tab, 75 mg tab dr, 100 mg tab dr, 150 mg tab, 150 mg tab dr, 200 mg tab dr)</i>	gen	PA

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>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	npd	
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	gen	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	gen	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS, OTROS

BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	npd	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h)</i>	gen	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	npd	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	gen	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	npd	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	npd	QL (3 PER 1 DAYS)

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>lamotrigine (5 mg chew tab, 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit, 25 & 50 & 100 mg kit, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 42 x 50 mg & 14x100 mg kit, 50 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab, 200 mg tab, 200 mg tab disp)</i>	gen	
<i>lamotrigine er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)</i>	gen	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 250 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)</i>	gen	ST
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	gen	
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit</i>	gen	
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit</i>	gen	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>roweepra (500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>roweepra xr 500 mg tab er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>roweepra xr 750 mg tab er 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	npd	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit</i>	gen	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	

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>topiramate er (er 25 mg cp24 sprnk, er 50 mg cp24 sprnk, er 100 mg cp24 sprnk, er 150 mg cp24 sprnk, er 200 mg cp24 sprnk)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	inj	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	gen	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

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

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

GAMMA-AMINOBTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS

<i>clobazam 10 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	gen	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	gen	QL (20 PER 30 DAYS)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	gen	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	gen	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	gen	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM)	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 20 mg/5ml solution, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (50 mg tab, 125 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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>tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)</i>	gen	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin 500 mg packet</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

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

ANTIDEMENCIALES

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

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

ANTIDEMENCIALES, OTROS

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

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
NAMZARIC 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG CP24 THPK	brd	QL (28 PER 28 OVER TIME)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

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

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

AUVELITY 45-105 MG TAB ER	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp)</i>	gen	
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)</i>	gen	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	spec	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

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

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

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

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>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er 24h, er 25 mg tab er 24h, er 37.5 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>paroxetine mesylate 7.5 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sertraline hcl (20 mg/ml conc, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	npd	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er 24h, er 150 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er (er 75 mg cap er 24h, er 75 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab er 24h</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

TRICÍCLICOS

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

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

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

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

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

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

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>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIESPÁSTICOS

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

ANTIFÚNGICOS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>caspofungin acetate (50 mg recon soln, 70 mg recon soln)</i>	inj	PA
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	gen	
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	gen	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	inj	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>griseofulvin ultramicronsize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	
GYNAZOLE-1 2 % CREAM	gen	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	gen	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	gen	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	gen	

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
LULICONAZOLE 1 % CREAM	gen	ST
<i>micafungin sodium (50 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	inj	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	gen	
<i>naftifine hcl (1 % cream, 1 % gel, 2 % cream)</i>	gen	ST
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	gen	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	gen	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	gen	
<i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	gen	ST
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	gen	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream, 80 mg suppos)</i>	gen	
<i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOTOSOS

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

ANTIJAQUECOSOS

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

<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	gen	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	gen	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan (5 mg/act solution, 20 mg/act solution)</i>	gen	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	QL (18 PER 30 DAYS)

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>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsyr, 6 mg/0.5ml solution)</i>	gen	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	gen	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	gen	QL (18 PER 30 DAYS)

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	gen	QL (40 PER 28 DAYS)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	npd	QL (20 PER 30 DAYS)

CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS

AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	brd	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	spec	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA, QL (16 PER 30 DAYS)

ANTIMIASTÉNICOS

PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>pyridostigmine bromide (30 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	gen	

ANTIMICOBACTERIANOS

ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS

<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	gen	

ANTITUBERCULOSOS

<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
PRIFTIN 150 MG TAB	brd	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	inj	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA
TRECTOR 250 MG TAB	npd	

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP, 100 MG CAP)	brd	
LEUKERAN 2 MG TAB	brd	
MATULANE 50 MG CAP	brd	LA
MELPHALAN 2 MG TAB	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>thiotepa (15 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIANDRÓGENOS

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

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
ANTIANGIOGÉNICOS		
<i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVLIMID (2.5 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (50 MG CAP, 100 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	spec	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	npd	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	gen	
ANTIMETABOLITOS		
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	gen	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	brd	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	spec	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	gen	
INQOVI 35-100 MG TAB	spec	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	inj	

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>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	gen	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	spec	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	spec	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	brd	
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

HEMADY 20 MG TAB	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mesna 100 mg/ml solution</i>	inj	
MESNEX 400 MG TAB	brd	
VONJO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN

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

INHIBIDORES DE 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
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
BALVERSA 4 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	spec	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 50 mg tab</i>	spec	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
DAURISMO 100 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INLYTA 5 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
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
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
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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	spec	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	spec	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	spec	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	spec	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	spec	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	spec	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	spec	LA, QL (30 PER 30 DAYS), 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
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	spec	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	spec	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	spec	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
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
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	spec	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	spec	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISO (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
TAZVERIK 200 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB THPK, 200 MG TAB THPK)	spec	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
UKONIQ 200 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	spec	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	brd	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 365 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
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	spec	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	spec	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	spec	LA, QL (8 PER 28 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
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	spec	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

RETINOIDES

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

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole 200 mg tab</i>	npd	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	gen	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	gen	

ANTIPROTOZOICOS

ALINIA 100 MG/5ML RECON SUSP	npd	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	gen	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	gen	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	npd	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	npd	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	gen	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	brd	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

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>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	gen	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	gen	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	gen	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	spec	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

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

ANTICOLINÉRGICOS

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

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

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

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)

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

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

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

ANTIPSIÓTICOS

PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS

<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>chlorpromazine hcl (25 mg/ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	inj	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	inj	
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC, 10 MG TAB)	gen	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	inj	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution)</i>	inj	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	gen	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	inj	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	gen	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	gen	QL (8 PER 1 DAYS)

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
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	gen	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	gen	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	

RESISTENTES AL TRATAMIENTO

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

SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS

ABILIFY ASIMTUFI (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	gen	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
ARISTADA (441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR, 1064 MG/3.9ML PRSYR)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	spec	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>asenapine maleate (2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab, 10 mg sl tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	npd	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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 HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.75 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	spec	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	inj	QL (0.25 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	spec	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (80 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab disp, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 20 mg tab, 20 mg tab disp)</i>	gen	
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	inj	
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 9 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	spec	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	

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

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

LIVTENCITY 200 MG TAB	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS 240 MG TAB	spec	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	spec	QL (100 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	gen	QL (18 PER 1 DAYS)

ANTIGRIPALES

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	gen	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	gen	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	gen	QL (1080 PER 365 OVER TIME)

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>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	gen	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	gen	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 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)

ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)

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

ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C

MAVYRET 100-40 MG TAB	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIHERPÉTICOS

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

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)

BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS (25 MG CHEW TAB, 100 MG CHEW TAB)	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)

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
ISENTRESS HD 600 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	brd	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

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

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

COMPLERA 200-25-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)

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
EDURANT 25 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	npd	QL (2 PER 1 DAYS)

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

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	brd	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

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>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	npd	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	brd	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	spec	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	spec	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FUZEON 90 MG RECON SOLN	spec	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	npd	QL (2 PER 1 DAYS)
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)

ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS

PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	brd	QL (20 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	brd	QL (30 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
------------------------	-------	--------------------

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

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

BUCODENTALES

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

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

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

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

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

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

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	gen	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	gen	
MULTAQ 400 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap er 12h, er 325 mg cap er 12h, er 425 mg cap er 12h)</i>	gen	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	gen	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	

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>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	gen	
<i>sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	gen	
<i>sotalol hcl (af) ((af) 80 mg tab, (af) 120 mg tab, (af) 160 mg tab)</i>	gen	

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA

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

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

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

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

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

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

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

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	gen	

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>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>diltiazem hcl er beads (er beads 240 mg cap er 24h, er beads 300 mg cap er 24h, er beads 360 mg cap er 24h, er beads 420 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 300 mg cap er 24h, er 360 mg cap er 24h, er 420 mg cap er 24h)</i>	gen	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	
VERAPAMIL HCL ER (ER 100 MG CAP ER 24H, ER 120 MG CAP ER 24H, ER 120 MG TAB ER, ER 180 MG CAP ER 24H, ER 180 MG TAB ER, ER 200 MG CAP ER 24H, ER 240 MG CAP ER 24H, ER 240 MG TAB ER, ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)	gen	

CARDIOVASCULARES, OTROS

<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	gen	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)</i>	gen	
<i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	gen	

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>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i>	gen	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	gen	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	gen	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	gen	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	gen	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	npd	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	gen	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	gen	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	gen	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	gen	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	gen	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	gen	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	spec	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	gen	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	gen	

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>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	gen	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	gen	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	gen	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	gen	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	gen	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)	gen	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	gen	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	gen	
VECAMYL 2.5 MG TAB	gen	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

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

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

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

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>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	gen	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	gen	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	gen	
<i>colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)</i>	gen	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	gen	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	gen	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gm cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	gen	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (er (antihyperlipidemic) 750 mg tab er, er (antihyperlipidemic) 1000 mg tab er)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	gen	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	gen	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	brd	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	brd	PA, QL (3.5 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	brd	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

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

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, ASA

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

DIURÉTICOS, TIAZIDAS

<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	gen	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)

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

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-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)

FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

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

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

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

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>acutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	gen	
<i>adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)</i>	gen	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>azelaic acid 15 % gel</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	gen	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-5 % gel)</i>	gen	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 30 mg cap, 35 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	gen	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	gen	
TAZORAC 0.05 % CREAM	npd	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream)</i>	gen	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	

ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

<i>acyclovir 5 % cream</i>	gen	PA, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	gen	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	gen	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution)</i>	gen	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	gen	
<i>clindacin 1 % foam</i>	gen	
<i>clindacin etz 1 % swab</i>	gen	
<i>clindacin-p 1 % swab</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate (1 % foam, 1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	gen	
<i>dapsone (5 % gel, 7.5 % gel)</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ERY 2 % PAD	gen	
<i>erythromycin (2 % gel, 2 % solution)</i>	gen	
<i>mafenide acetate 5 % packet</i>	gen	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	gen	
<i>penciclovir 1 % cream</i>	gen	PA, QL (5 PER 30 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
------------------------	-------	--------------------

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	gen	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	gen	
<i>anucort-hc 25 mg suppos</i>	gen	EDC
<i>anusol-hc 25 mg suppos</i>	gen	EDC
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	gen	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>	gen	
<i>clobetasol propionate 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	gen	
<i>clobetasol propionate emulsion 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>clodan 0.05 % shampoo</i>	gen	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>desonide 0.05 % gel</i>	gen	PA
<i>desoximetasone (0.05 % cream, 0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	gen	
<i>desoximetasone (0.05 % gel, 0.05 % ointment)</i>	gen	ST
<i>desrx 0.05 % gel</i>	gen	PA
DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM	gen	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	gen	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</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>flurandrenolide (0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	PA
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	gen	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	gen	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hemmorex-hc 25 mg suppos</i>	gen	EDC
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	gen	
<i>hydrocortisone (perianal) ((perianal) 1 % cream, (perianal) 2.5 % cream)</i>	gen	
<i>hydrocortisone acetate 25 mg suppos</i>	gen	EDC
HYDROCORTISONE BUTYRATE (0.1 % CREAM, 0.1 % OINTMENT, 0.1 % SOLUTION)	gen	ST
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	gen	ST
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % ointment</i>	gen	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	gen	
<i>nolix 0.05 % lotion</i>	gen	PA
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	gen	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	gen	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	gen	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	gen	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>tovet 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	gen	
<i>triamcinolone acetonide 0.147 mg/gm aero soln</i>	gen	PA
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	gen	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION	brd	
<i>avar-e emollient 10-5 % cream</i>	gen	EDC

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>avar-e green 10-5 % cream</i>	gen	EDC
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment, 0.005 % solution)</i>	gen	
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>	gen	PA, QL (400 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	gen	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	gen	QL (800 PER 28 OVER TIME)
<i>clotrimazole-betamethasone (1-0.05 % cream, 1-0.05 % lotion)</i>	gen	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
EPIFOAM 1-1 % FOAM	brd	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % cream, 5 % solution)</i>	gen	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	gen	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	gen	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	gen	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	gen	
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	gen	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	gen	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	gen	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	brd	
PROCTOFOAM HC 1-1 % FOAM	brd	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	gen	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
REGRANEX 0.01 % GEL	brd	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	brd	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	gen	
<i>ssd 1 % cream</i>	gen	
<i>sss 10-5 10-5 % cream</i>	gen	
SSS 10-5 10-5 % FOAM	gen	EDC
<i>sulfacetamide sodium-sulfur (10-5 % lotion, 10-5 % suspension)</i>	gen	EDC

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>sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % cream</i>	gen	
TOLAK 4 % CREAM	brd	
VALCHLOR 0.016 % GEL	spec	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

<i>malathion 0.5 % lotion</i>	gen	
<i>permethrin 5 % cream</i>	gen	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	gen	QL (240 PER 30 DAYS)

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

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

QUELANTES DE POTASIO

<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	gen	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	brd	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	gen	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION, SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION)	gen	

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

AMINOSYN II 10 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMINOSYN-PF 10 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dextrose (5 % solution, 10 % solution)</i>	inj	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	inj	

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>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution)</i>	inj	
<i>effer-k 25 meq effer tab</i>	gen	EDC
<i>k-prime 25 meq effer tab</i>	gen	
KCL (0.149%) IN NACL 20-0.9 MEQ/L-% SOLUTION	inj	
KCL (0.298%) IN NACL 40-0.9 MEQ/L-% SOLUTION	inj	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	inj	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	inj	
<i>klor-con (8 tab er, 20 packet)</i>	gen	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con sprinkle (8 cap er, 10 cap er)</i>	gen	
<i>klor-con/ef 25 meq effer tab</i>	gen	EDC
<i>lactated ringers solution</i>	inj	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	inj	
MULTI-VIT-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG/ML SOLUTION	gen	EDC
<i>multi-vitamin/fluoride/iron 0.25-10 mg/ml solution</i>	gen	EDC
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE (W/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, W/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, W/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
<i>multivitamins/fluoride 0.5 mg chew tab</i>	gen	EDC

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>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	gen	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	inj	
POLY-VI-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
<i>potassium chloride (10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	gen	
<i>potassium chloride (2 meq/ml solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 40 meq/100ml solution)</i>	inj	
<i>potassium chloride crys er (crys er 10 tab er, crys er 15 tab er, crys er 20 tab er)</i>	gen	
<i>potassium chloride er (er 8 cap er, er 8 tab er, er 10 cap er, er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	gen	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	inj	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	inj	
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	gen	
PREMASOL 10 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	brd	
QUFLORA PEDIATRIC (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
<i>ringers solution</i>	inj	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	inj	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	inj	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	gen	
TPN ELECTROLYTES CONC	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

VITAMINAS

<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution</i>	gen	EDC
<i>dodex 1000 mcg/ml solution</i>	gen	EDC
<i>folic acid 1 mg tab</i>	gen	EDC
TRI-VITE/FLUORIDE (TRI-VITE/FLUORIDE 0.25 MG/ML SOLUTION, TRI-VITE/FLUORIDE 0.5 MG/ML 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
VITAMINS ACD-FLUORIDE (0.25 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG/ML SOLUTION)	gen	

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

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

GLUCOCORTICOIDES

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

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alendronate sodium (5 mg tab, 10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab, 70 mg/75ml solution)</i>	gen	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	gen	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap, 1 mcg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	gen	EDC
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	gen	

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>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>paricalcitol (2 mcg/ml solution, 5 mcg/ml solution)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	inj	PA
<i>risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab, 35 mg tab, 35 mg tab dr, 150 mg tab)</i>	gen	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	spec	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	spec	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
<i>vitamin d (ergocalciferol) ((ergocalciferol) 1.25 mg (50000 ut) cap, (ergocalciferol) 50000 unit cap)</i>	gen	EDC
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	spec	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

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

ANTIDIARREICOS

<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	npd	PA
DIPHENOXYLATE-ATROPINE (2.5-0.025 MG TAB, 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID)	gen	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	gen	
XERMELO 250 MG TAB	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsyr, 1 mg/10ml soln prsyr)</i>	inj	
<i>chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), EDC
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab)</i>	gen	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ed-spaz 0.125 mg tab disp</i>	gen	EDC
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>	gen	PA
<i>hyoscyamine sulfate (0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab, 0.125 mg tab disp, 0.125 mg/5ml elixir, 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	EDC
<i>hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	EDC
<i>hyosyne (0.125 mg/5ml elixir, 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	EDC
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>nulev 0.125 mg tab disp</i>	gen	EDC
<i>oscimin (0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab)</i>	gen	EDC
<i>oscimin sr 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	EDC
<i>pb-hyoscy-atropine-scopolamine 16.2 mg tab</i>	gen	EDC
<i>pb-hyoscy-atropine-scopolamine 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg tab</i>	gen	EDC
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
<i>phenohydro 16.2 mg tab</i>	gen	EDC
<i>phenohydro 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), EDC
<i>symax-sl 0.125 mg sl tab</i>	gen	EDC
<i>symax-sr 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	EDC

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	gen	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	gen	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	gen	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

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
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	gen	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	brd	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN	brd	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	gen	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln</i>	gen	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln</i>	gen	
PEG-PREP 5-210 MG-GM KIT	gen	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	brd	
<i>trilyte 420 gm recon soln</i>	gen	

GASTROINTESTINALES, OTROS

<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	gen	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	gen	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	gen	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	brd	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	spec	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	gen	
<i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	gen	
PROTECTORES		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	gen	
<i>sucralfate (1 gm tab, 1 gm/10ml suspension)</i>	gen	
GENITOURINARIOS		
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
<i>darifenacin hydrobromide er 15 mg tab er 24h</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darifenacin hydrobromide er 7.5 mg tab er 24h</i>	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er 24h, er 8 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	gen	
GEMTESA 75 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	brd	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	brd	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h, er 15 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er 24h, er 4 mg cap er 24h)</i>	gen	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	gen	
<i>tropium chloride er 60 mg cap er 24h</i>	gen	
GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACKET	gen	EDC
ELMIRON 100 MG CAP	brd	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	spec	PA
<i>phenazo 200 mg tab</i>	gen	EDC
<i>phenazopyridine hcl (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	EDC

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>phospho-trin k500 500 mg tab</i>	gen	EDC
<i>pot & sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution</i>	gen	EDC
<i>potassium citrate-citric acid 1100-334 mg/5ml solution</i>	gen	EDC
<i>sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 DAYS), EDC
<i>sod citrate-citric acid (1.5-1 gm/15ml solution, 3-2 gm/30ml solution, 500-334 mg/5ml solution)</i>	gen	EDC
<i>taron-crystals 3300-1002 mg packet</i>	gen	EDC
<i>tricitrates 550-500-334 mg/5ml solution</i>	gen	EDC
<i>vardenafil hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 20 mg tab)</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 DAYS), EDC

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	brd	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	inj	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln prsy, 120 mg/0.8ml soln prsy)</i>	inj	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	inj	QL (18 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
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	inj	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	inj	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	spec	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	inj	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	spec	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	spec	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) ((porcine) 1000 unit/ml solution, (porcine) 5000 unit/ml solution, (porcine) 10000 unit/ml solution, (porcine) 20000 unit/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	brd	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	brd	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY 2.08 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	gen	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 40 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 60 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 100 MCG/ML SOLUTION)	inj	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, (FREE) 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 200 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, (FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

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
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	spec	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	npd	PA
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	spec	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	spec	PA

HEMOSTÁTICOS

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

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PROSTAGLANDINS)

MUSE (125 MCG PELLETT, 250 MCG PELLETT, 500 MCG PELLETT, 1000 MCG PELLETT)	brd	PA, QL (6 PER 30 DAYS), EDC
--	-----	-----------------------------

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	gen	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	spec	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	inj	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	inj	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 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
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG KIT, (3-MONTH) 22.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	spec	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	spec	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution)</i>	inj	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	spec	
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	gen	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	gen	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	inj	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	inj	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	gen	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	spec	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	spec	PA

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

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

ANDRÓGENOS

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

ESTRÓGENOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	gen	
<i>charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	brd	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>covaryx 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	EDC
<i>covaryx hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	EDC
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	inj	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	gen	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospiren-eth estrad-levomefol (3-0.02-0.451 mg tab, 3-0.03-0.451 mg tab)</i>	gen	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	gen	
<i>eemt 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	EDC
<i>eemt hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	EDC
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>est estrogens-methyltest (rogens-methylt0.625-1.25 mg tab, rogens-methylt1.25-2.5 mg tab)</i>	gen	EDC
<i>est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	EDC
<i>est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	EDC
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	gen	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.25 mg/0.25gm gel, 0.5 mg tab, 0.5 mg/0.5gm gel, 0.75 mg/0.75gm gel, 1 mg tab, 1 mg/gm gel, 1.25 mg/1.25gm gel, 2 mg tab, 10 mcg tab)</i>	gen	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	gen	
<i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	gen	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	brd	QL (1 PER 84 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>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	gen	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>fayosim 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>gemmily 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	gen	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	

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>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>layolis fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>levonorgest-eth est & eth est 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	gen	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	gen	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab, 90-20 mcg tab)</i>	gen	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>lopreeza 1-0.5 mg tab</i>	gen	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	

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>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>melodetta 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	npd	
<i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>mibelas 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	gen	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	gen	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1-20 mg-mcg(24) cap, 1-20 mg-mcg(24) chew tab, 1-20 mg-mcg(24) tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	gen	
<i>norethin-eth estradiol-fe (0.4-35 chew tab, 0.8-25 chew tab)</i>	gen	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	gen	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)</i>	gen	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	

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>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	npd	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	brd	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	brd	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	brd	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>rivelsa 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>taysofy 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	

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

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
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHEA 60 MG TAB	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
PROGESTINAS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	gen	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	brd	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	gen	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	gen	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	gen	PA
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	brd	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	gen	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	gen	

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	gen	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	spec	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	gen	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	gen	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	inj	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	inj	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	gen	
MEDROL 2 MG TAB	brd	
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	gen	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	inj	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	inj	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	gen	
<i>prednisolone sodium phosphate (6.7 (5 base) mg/5ml solution, 10 mg/5ml solution, 15 mg/5ml solution, 20 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	gen	

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

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

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

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

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

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

INMUNOESTIMULANTES

ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (4 PER 30 DAYS)

INMUNOGLOBULINAS

GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION)	spec	PA, LA

INMUNOLÓGICOS, OTROS

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	spec	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	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
COSENTYX (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	spec	PA, LA
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	spec	PA
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	spec	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
REZUROCK 200 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RIDAURA 3 MG CAP	brd	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	spec	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	spec	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	spec	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	spec	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	spec	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	spec	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	spec	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XOLAIR (300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (2 PER 28 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
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA, QL (2 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA, QL (5 PER 28 DAYS)

INMUNOSUPRESORES

<i>azasan (75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine 50 mg/ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	spec	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>methotrexate sodium (50 mg/2ml solution, 250 mg/10ml solution, 1000 mg/40ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) ((pf) 1 gm/40ml solution, (pf) 50 mg/2ml solution, (pf) 250 mg/10ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION

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>methotrexate sodium 1 gm recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	gen	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 500 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	npd	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY

VACUNAS

ABRYSCO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	brd	VAC
ACTHIB RECON SOLN	brd	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	brd	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	brd	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	brd	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	brd	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	brd	
DENGVAXIA RECON SUSP	inj	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	brd	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)	brd	VAC
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	brd	VAC

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	brd	
TRUMENBA SUSP PRSYR	brd	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	inj	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	brd	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	brd	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	brd	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	npd	
YF-VAX INJECTABLE	inj	VAC

MIORRELAJANTES

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

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	gen	
<i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>	gen	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	gen	
<i>epinastine hcl 0.05 % solution</i>	gen	

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	gen	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	gen	
<i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>	gen	QL (2.5 PER 30 DAYS)
GENTAK 0.3 % OINTMENT	gen	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	gen	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % 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
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	gen	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	gen	
NATACYN 5 % SUSPENSION	brd	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	gen	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	gen	
<i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 10 % solution)</i>	gen	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	gen	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	brd	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	gen	
ZIRGAN 0.15 % GEL	npd	QL (5 PER 30 DAYS)

OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS

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

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

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

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

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

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	gen	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	gen	
<i>brimonidine tartrate (0.1 % solution, 0.15 % solution, 0.2 % solution)</i>	gen	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	gen	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	gen	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	brd	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	brd	

OFTÁLMICOS, OTROS

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	gen	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
BLEPHAMIDE 10-0.2 % SUSPENSION	brd	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	gen	
HOMATROPAIRE 5 % SOLUTION	gen	EDC
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	gen	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	gen	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	gen	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>proparacaine hcl 0.5 % solution</i>	gen	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	brd	QL (5.5 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	npd	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	gen	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	brd	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	
XDEMVIY 0.25 % SOLUTION	spec	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	brd	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	brd	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen
--	-----

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>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	gen	
<i>glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	gen	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	gen	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	gen	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
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 (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er 24h, er 750 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>migliitol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	brd	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 DAYS)

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	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	gen	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (-metformin 15-500 mg tab, -metformin 15-850 mg tab)</i>	gen	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	brd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	brd	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H, 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)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)

INSULINAS

HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	brd	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS

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
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (40 PER 30 DAYS), INS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (45 PER 30 DAYS), INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	brd	QL (27 PER 30 DAYS), INS

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

BETASERON 0.3 MG KIT	spec	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	spec	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	spec	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	spec	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>bac 50-325-40 mg tab</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, 50-325 mg tab)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>esgic 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>NUEDEXTA 20-10 MG CAP</i>	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>riluzole 50 mg tab</i>	gen	
<i>TENCON 50-325 MG TAB</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>VEOZAH 45 MG TAB</i>	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>zebutal 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

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

<i>amphetamine sulfate 10 mg tab</i>	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine sulfate 5 mg tab</i>	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er 24h, er 10 mg cap er 24h, er 15 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 25 mg cap er 24h, er 30 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24h</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>procentra 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 15 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

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

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

<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab er 12h</i>	gen	
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl er (er 5 mg cap er 24h, er 10 mg cap er 24h, er 15 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 25 mg cap er 24h, er 30 mg cap er 24h, er 35 mg cap er 24h, er 40 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er 24h, er 2 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (10 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 20 mg tab)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er (cd) 10 mg cap er, er (cd) 20 mg cap er, er (cd) 40 mg cap er, er (cd) 50 mg cap er, er (cd) 60 mg cap er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap er</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER (ER 18 MG TAB ER, ER 18 MG TAB ER 24H, ER 27 MG TAB ER, ER 27 MG TAB ER 24H, ER 54 MG TAB ER, ER 54 MG TAB ER 24H)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER (ER 36 MG TAB ER, ER 36 MG TAB ER 24H)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) (er (la) 20 mg cap er 24h, er (la) 30 mg cap er 24h, er (la) 40 mg cap er 24h, er (la) 60 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (osm) (er (osm) 18 mg tab er, er (osm) 27 mg tab er, er (osm) 54 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

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>methylphenidate hcl er (osm) 36 mg tab er</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	brd	
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER MV MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	brd	
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	brd	
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL (DEVICE, MISC)	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL MISC	brd	EDC
AEROVENT PLUS DEVICE	brd	EDC
ALCOHOL 70% PADS	gen	
ALCOHOL PREP PAD	gen	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	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
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	
<i>argyle sterile water solution</i>	gen	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	brd	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	brd	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	gen	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	brd	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	brd	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	brd	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	brd	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	gen	
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT DEVICE	brd	EDC
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD DEVICE	brd	EDC
BREATHE EASE LARGE DEVICE	brd	EDC
BREATHE EASE MEDIUM DEVICE	brd	EDC
BREATHE EASE SMALL DEVICE	brd	EDC
BREATHERITE MISC	brd	EDC
BREATHERITE COLL SPACER ADULT MISC	brd	EDC
BREATHERITE COLL SPACER CHILD MISC	brd	EDC
BREATHERITE COLL SPACER INFANT MISC	brd	EDC
BREATHERITE RIGID SPACER/MASK MISC	brd	EDC
BREATHERITE SPACER NEONATE MISC	brd	EDC

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 SPACER SMALL CHILD MISC	brd	EDC
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	brd	EDC
BREATHERITE/LARGE MASK MISC	brd	EDC
BREATHERITE/MEDIUM MASK MISC	brd	EDC
BREATHERITE/SMALL MASK MISC	brd	EDC
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	gen	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	brd	
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	brd	EDC
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	brd	EDC
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	gen	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	brd	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (SYRINGE/NEEDLE 29G 1/2" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EASIVENT MISC	brd	EDC
EASIVENT MASK LARGE MISC	brd	EDC
EASIVENT MASK MEDIUM MISC	brd	EDC
EASIVENT MASK SMALL MISC	brd	EDC
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (1/2" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.3 ML MISC)	brd	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	brd	

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 DEVICE	brd	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	brd	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M DEVICE	brd	EDC
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	brd	EDC
FLEXICHAMBER DEVICE	brd	EDC
<i>gauze pads 2</i>	gen	
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	brd	EDC
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	brd	EDC
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	brd	EDC
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE	brd	EDC
INSPIREASE MISC	brd	EDC
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	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	gen	
LITEAIRE DEVICE	brd	EDC
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	gen	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	gen	
MICROCHAMBER (DEVICE, MISC)	brd	EDC
MICROSPACER MISC	brd	EDC
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	brd	
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	brd	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	inj	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
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK MISC	brd	EDC
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK MISC	brd	EDC
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK MISC	brd	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND (DEVICE, MISC)	brd	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	brd	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK MISC	brd	EDC
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK MISC	brd	EDC
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE MISC	brd	EDC
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM MISC	brd	EDC
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL MISC	brd	EDC
OPTIHALER (DEVICE, MISC)	brd	EDC
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	npd	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
PENBRAYA RECON SUSP	brd	
POCKET CHAMBER DEVICE	brd	EDC
POCKET SPACER DEVICE	brd	EDC
PRIMEAIRE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
PRO COMFORT SPACER ADULT MISC	brd	EDC
PRO COMFORT SPACER CHILD MISC	brd	EDC
PRO COMFORT SPACER INFANT DEVICE	brd	EDC
PROCARE SPACER/ADULT MASK DEVICE	brd	EDC
PROCARE SPACER/CHILD MASK DEVICE	brd	EDC
PROCHAMBER VHC DEVICE	brd	EDC
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
PURE COMFORT SPACER CHAMBER DEVICE	brd	EDC
<i>ringers irrigation solution</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RITEFLO DEVICE	brd	EDC
<i>saline bacteriostatic 0.9 % solution</i>	inj	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	gen	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride bacteriostatic 0.9 % solution</i>	inj	
<i>sterile water for irrigation solution</i>	gen	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	brd	
<i>tis-u-sol solution</i>	gen	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	brd	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	brd	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	brd	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	brd	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	brd	EDC
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	brd	EDC

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
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
VOWST CAP	spec	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WATCHHALER DEVICE	brd	EDC
<i>water for irrigation, sterile solution</i>	gen	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 125 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 62.5 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

ANTIISTAMÍNICOS

<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	gen	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	gen	PA
DES Loratadine (2.5 MG TAB DISP, 5 MG TAB DISP)	gen	ST
<i>desloratadine 5 mg tab</i>	gen	
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 10 mg/5ml syrup, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	gen	
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	gen	QL (30.5 PER 30 DAYS)
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution</i>	gen	PA

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

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

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
PULMICORT FLEXHALER (90 MCG/ACT AER POW BA, 180 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (2 PER 30 DAYS)

ANTILEUCOTRIENOS

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

BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS

ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	gen	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide monohydrate 18 mcg cap</i>	brd	QL (30 PER 30 DAYS)

BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS

<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	gen	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	gen	QL (13.4 PER 30 DAYS)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	gen	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab)</i>	gen	
ALBUTEROL SULFATE ER (ER 4 MG TAB ER 12H, ER 8 MG TAB ER 12H)	gen	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	gen	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALCLICK)	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	gen	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>terbutaline sulfate 1 mg/ml solution</i>	inj	

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

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

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

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

FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	spec	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

<i>caffeine citrate (20 mg/ml solution, 60 mg/3ml solution)</i>	gen	
<i>elixophyllin 80 mg/15ml elixir</i>	gen	
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	gen	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)

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>roflumilast 500 mcg tab</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
THEO-24 (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 400 MG CAP ER 24H)	brd	
<i>theophylline (80 mg/15ml elixir, 80 mg/15ml solution)</i>	gen	
<i>theophylline er (er 100 mg tab er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg tab er 12h, er 400 mg tab er 24h, er 450 mg tab er 12h, er 600 mg tab er 24h)</i>	gen	

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (23 PER 30 DAYS)
<i>benzonatate (100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	EDC
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyna (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	brd	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>bromfed dm 2-30-10 mg/5ml syrup</i>	gen	EDC
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	brd	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	gen	QL (1 PER 30 DAYS)

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>g tussin ac 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaiaatussin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml solution, 200-20 mg/10ml solution)</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp</i>	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>hydromet 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>maxi-tuss ac 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (34 PER 30 DAYS)
<i>nebusal 3 % nebu soln</i>	gen	EDC
<i>promethazine vc 6.25-5 mg/5ml syrup</i>	gen	PA
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml syrup</i>	gen	PA, EDC
<i>promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup</i>	gen	PA
<i>pseudoeph-bromphen-dm 30-2-10 mg/5ml syrup</i>	gen	EDC
<i>pulmosal 7 % nebu soln</i>	gen	EDC
<i>sodium chloride (3 % nebu soln, 7 % nebu soln, 10 % nebu soln)</i>	gen	EDC
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	brd	
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)

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>virtussin a/c 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>virtussin ac w/alc 100-10 mg/5ml liquid</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	gen	QL (60 PER 30 DAYS)

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

ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	spec	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	spec	PA, LA
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	brd	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	npd	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	spec	PA, LA, QL (60 PER 28 DAYS)
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	brd	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)</i>	gen	
<i>levocarnitine sf 1 gm/10ml solution</i>	gen	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	spec	PA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	spec	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	spec	PA

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

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

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

EUGEROICOS

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

ÓTICOS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	gen	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	npd	
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	gen	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	brd	
DERMOTIC 0.01 % OIL	brd	
<i>flac 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	gen	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	gen	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5- 10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	gen	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	gen	

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	43	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK	97
abacavir sulfate-lamivudine	43	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	97
abacavir-lamivudine-zidovudine	43	AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	97
ABELCET	22	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	97
ABILIFY ASIMTUFII	38	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	97
ABILIFY MAINTENA	38	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	97
abiraterone acetate	25	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	97
ABRYSVO	85	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	97
acamprosate calcium	6	AEROVENT PLUS	97
acarbose	90	afirmelle	71
accutane	54	AIMOVIG	24
acebutolol hcl	47	ak-poly-bac	89
ACETAMINOPHEN-CODEINE	1	AKEEGA	26
acetaminophen-codeine	1	ala-cort	56
acetazolamide	49	albendazole	35
acetazolamide er	89	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	104
acetic acid	109	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	104
acetylcysteine	106	ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	104
acitretin	54	albuterol sulfate	104
ACTHIB	85	ALBUTEROL SULFATE ER	104
ACTIMMUNE	82	albuterol sulfate hfa	104
acyclovir	41,55	alclometasone dipropionate	56
acyclovir sodium	41	ALCOHOL 70% PADS	97
ADACEL	85	ALCOHOL PREP	97
adapalene	54	ALCOHOL PREP PADS	97
adefovir dipivoxil	41	ALCOHOL SWABSTICK	98
ADEMPAS	103	alcohol wipes	57
ADTHYZA	81	ALDURAZYME	108
ADVAIR HFA	106	ALECENSA	27
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	97	alendronate sodium	62
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER	97	alfuzosin hcl er	67
AEROCHAMBER MINI CHAMBER	97	ALINIA	35
AEROCHAMBER MV	97	aliskiren fumarate	49
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE	97	allopurinol	23
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	97	alosetron hcl	63
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM	97	alprazolam	5
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	97	alprazolam er	5
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	97	ALPRAZOLAM INTENSOL	5
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	97	alprazolam xr	5

altavera	71	anucort-hc	56
ALUNBRIG	27	anusol-hc	56
alyacen 1/35	71	apomorphine hcl	36
alyacen 7/7/7	71	apraclonidine hcl	89
alyq	103	aprepitant	21
amabelz	71	apri	71
amantadine hcl	36	APTIOM	15
ambrisentan	103	APTIVUS	42
amethia	71	AQ INSULIN SYRINGE	98
amethia lo	71	AQINJECT PEN NEEDLE	98
amethyst	71	aranelle	71
amikacin sulfate	7	ARANESP (ALBUMIN FREE)	68
amiloride hcl	52	ARCALYST	82
amiloride-hydrochlorothiazide	49	AREXVY	85
AMINOSYN II	59	arformoterol tartrate	104
AMINOSYN-PF	59	argyle sterile water	98
amiodarone hcl	46	ARIKAYCE	7
amitriptyline hcl	20	aripiprazole	38
amlodipine besy-benazepril hcl	49	ARISTADA	38
amlodipine besylate	48	ARISTADA INITIO	38
amlodipine besylate-valsartan	49	armodafinil	109
amlodipine-atorvastatin	49	ARMOUR THYROID	81
amlodipine-olmesartan	49	ARNUITY ELLIPTA	104
amlodipine-valsartan-hctz	50	ascomp-codeine	1
ammonium lactate	56	asenapine maleate	38
amnesteem	54	ashlyna	71
amoxapine	20	aspirin-dipyridamole er	69
amoxicillin	10	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	98
amoxicillin-pot clavulanate	10	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	98
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	10	atazanavir sulfate	42
amphetamine sulfate	95	atenolol	47
amphetamine-dextroamphet er	95	atenolol-chlorthalidone	50
amphetamine-dextroamphetamine	95	atomoxetine hcl	96
AMPHOTERICIN B	22	atorvastatin calcium	51
ampicillin	10	atovaquone	35
ampicillin sodium	10	atovaquone-proguanil hcl	35
ampicillin-sulbactam sodium	10	atropine sulfate	63,89
anagrelide hcl	68	ATROVENT HFA	104
ANALPRAM-HC	57	aubra	71
anastrozole	27	aubra eq	71
ANORO ELLIPTA	106	AUGMENTIN	10

AUGTYRO.....	26	BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	
AUM ALCOHOL PREP PADS.....	98	MISC.....	98
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	98	BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM	
AUM PEN NEEDLE.....	98	MISC.....	98
aurovela 1.5/30.....	71	BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM	
aurovela 1/20.....	72	MISC.....	98
aurovela 24 fe.....	72	bekyree.....	72
aurovela fe 1.5/30.....	72	benazepril hcl.....	53
aurovela fe 1/20.....	72	benazepril-hydrochlorothiazide.....	50
AUVELITY.....	18	BENLYSTA.....	82
avar-e emollient.....	57	BENZNIDAZOLE.....	35
avar-e green.....	58	benzonatate.....	106
aviane.....	72	benzoyl peroxide-erythromycin.....	55
avidoxy.....	12	benztropine mesylate.....	36
ayuna.....	72	bepotastine besilate.....	87
AYVAKIT.....	27	BESIVANCE.....	12
azasan.....	84	BESREMI.....	82
azathioprine.....	84	betaine.....	108
AZATHIOPRINE SODIUM.....	84	betamethasone dipropionate.....	56
azelaic acid.....	55	betamethasone dipropionate aug.....	56
azelastine hcl.....	87,103	betamethasone valerate.....	56
azelastine-fluticasone.....	106	BETASERON.....	93
azithromycin.....	11	betaxolol hcl.....	47,89
aztreonam.....	7	bethanechol chloride.....	66
azurette.....	72	BETIMOL.....	89
B		BETOPTIC-S.....	89
bac.....	94	bexarotene.....	35
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	89	BEXSERO.....	85
BACITRACIN.....	87	bicalutamide.....	25
bacitracin-polymyxin b.....	90	BICILLIN C-R.....	10
baclofen.....	22	BICILLIN C-R 900/300.....	10
balsalazide disodium.....	62	BICILLIN L-A.....	10
BALVERSA.....	27,28	BIKTARVY.....	41
balziva.....	72	bimatoprost.....	88
BAQSIMI ONE PACK.....	92	BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	98
BAQSIMI TWO PACK.....	92	bisoprolol fumarate.....	47
BARACLUDGE.....	41	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	50
BCG VACCINE.....	85	BLEPHAMIDE.....	90
BD INSULIN SYRINGE.....	98	blisovi 24 fe.....	72
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC.....	98	blisovi fe 1.5/30.....	72
		blisovi fe 1/20.....	72

BOOSTRIX	85	bupropion hcl er (smoking det)	6
bosentan	103	bupropion hcl er (sr)	18
BOSULIF	28	bupropion hcl er (xl)	18
BRAFTOVI	28	bupirone hcl	5
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT	98	butalbital-acetaminophen	94
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD	98	butalbital-apap-caff-cod	1
BREATHE EASE LARGE	98	butalbital-apap-caffeine	94
BREATHE EASE MEDIUM	98	butalbital-asa-caff-codeine	1
BREATHE EASE SMALL	98	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	3
BREATHERITE	98	butorphanol tartrate	1
BREATHERITE COLL SPACER ADULT	98	C	
BREATHERITE COLL SPACER CHILD	98	CABENUVA	44
BREATHERITE COLL SPACER INFANT	98	cabergoline	69
BREATHERITE RIGID SPACER/MASK	98	CABLIVI	69
BREATHERITE SPACER NEONATE	98	CABOMETYX	28
BREATHERITE SPACER SMALL CHILD	99	caffeine citrate	105
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER	99	calcipotriene	58
BREATHERITE/LARGE MASK	99	calcipotriene-betameth diprop	58
BREATHERITE/MEDIUM MASK	99	calcitonin (salmon)	62
BREATHERITE/SMALL MASK	99	calcitrene	58
BREO ELLIPTA	106	CALCITRIOL	58,62
brey-na	106	calcitriol	62
BREZTRI AEROSPHERE	106	CALQUENCE	28
briellyn	72	camila	79
BRILINTA	69	camrese	72
brimonidine tartrate	89	camrese lo	72
brimonidine tartrate-timolol	90	candesartan cilexetil	46
brinzolamide	89	candesartan cilexetil-hctz	50
BRIVIACT	13	CAPLYTA	38
bromfed dm	106	CAPRELSA	28
bromfenac sodium (once-daily)	88	captopril	53
bromocriptine mesylate	36	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	50
BRUKINSA	28	carbamazepine	15
budesonide	62,104	carbamazepine er	15
budesonide er	62	carbidopa	37
budesonide-formoterol fumarate	106	carbidopa-levodopa	37
bumetanide	53	carbidopa-levodopa er	37
buprenorphine	2	carbidopa-levodopa-entacapone	37
buprenorphine hcl	6	CARETOUCH ALCOHOL PREP	99
buprenorphine hcl-naloxone hcl	6	carglumic acid	108
bupropion hcl	18		

carisoprodol.....	87	ciclopirox olamine.....	55
CARTEOLOL HCL.....	89	cilostazol.....	69
cartia xt.....	48	CILOXAN.....	12
carvedilol.....	47	CIMDUO.....	43
carvedilol phosphate er.....	47	cimetidine.....	63
caspofungin acetate.....	22	cinacalcet hcl.....	62
cataflam.....	3	CIPRO HC.....	109
CAYSTON.....	7	ciprofloxacin.....	12
caziant.....	72	ciprofloxacin hcl.....	12
CEFACLOR.....	9	CIPROFLOXACIN HCL.....	109
CEFACLOR ER.....	9	ciprofloxacin in d5w.....	12
cefadroxil.....	9	ciprofloxacin-dexamethasone.....	109
cefazolin sodium.....	9	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF.....	109
cefdinir.....	9	citalopram hydrobromide.....	19
CEFEPIME HCL.....	9	claravis.....	55
cefixime.....	9	clarithromycin.....	11
cefotetan disodium.....	9	clarithromycin er.....	11
cefoxitin sodium.....	9	CLEOCIN.....	7
cefpodoxime proxetil.....	9	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	99
cefprozil.....	9	CLIMARA PRO.....	72
ceftazidime.....	9	clindacin.....	55
ceftriaxone sodium.....	9	clindacin etz.....	55
cefuroxime axetil.....	9	clindacin-p.....	55
cefuroxime sodium.....	9	clindamycin hcl.....	7
celecoxib.....	3,4	clindamycin palmitate hcl.....	7
cephalexin.....	9	clindamycin phos-benzoyl perox.....	55
cetirizine hcl.....	103	clindamycin phosphate.....	7,55
cevimeline hcl.....	45	clindamycin phosphate in d5w.....	7
charlotte 24 fe.....	72	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	7
chateal.....	72	CLINDESSE.....	8
chateal eq.....	72	clobazam.....	16
CHEMET.....	59	clobetasol prop emollient base.....	56
chlordiazepoxide-clidinium.....	63	clobetasol propionate.....	56
chlorhexidine gluconate.....	45	clobetasol propionate e.....	56
chloroquine phosphate.....	35	clobetasol propionate emulsion.....	56
chlorpromazine hcl.....	37	clodan.....	56
chlorthalidone.....	53	clomipramine hcl.....	20
cholestyramine.....	52	clonazepam.....	5
cholestyramine light.....	52	clonidine.....	45
ciclodan.....	55	clonidine hcl.....	45
ciclopirox.....	55	clonidine hcl er.....	96

clopidogrel bisulfate	69	cromolyn sodium	65,87,105
clorazepate dipotassium	5	cryselle-28	72
clotrimazole	22	CVS ALCOHOL PREP PADS	99
clotrimazole-betamethasone	58	cvs isopropyl alcohol wipes	58
clovique	59	cyanocobalamin	61
clozapine	38	cyclafem 1/35	72
COARTEM	35	cyclafem 7/7/7	72
CODEINE SULFATE	1	cyclobenzaprine hcl	87
codeine sulfate	1	CYCLOPHOSPHAMIDE	25
colchicine	23	cyclosporine	84
colchicine-probenecid	23	cyclosporine modified	84
colesevelam hcl	52	cyproheptadine hcl	103
colestipol hcl	52	cyred	72
colistimethate sodium (cba)	8	cyred eq	72
COMBIVENT RESPIMAT	106	CYSTAGON	108
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	28	CYSTARAN	108
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	28	CYTRA K CRYSTALS	66
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	28		
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	99	D	
COMPACT SPACE CHAMBER	99	dabigatran etexilate mesylate	67
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK	99	dalfampridine er	93
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK	99	danazol	71
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK	99	dantrolene sodium	22
COMPLERA	42	dapsone	24,55
compro	21	DAPTACEL	85
constulose	64	daptomycin	8
COPIKTRA	28	darifenacin hydrobromide er	66
CORLANOR	50	darunavir	42
CORTIFOAM	62	dasatinib	28
CORTISONE ACETATE	80	dasetta 1/35	72
CORTISPORIN-TC	110	dasetta 7/7/7	72
CORTROPHIN	80	DAURISMO	29
COSENTYX	83	daysee	72
COSENTYX (300 MG DOSE)	82	deblitane	79
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	83	decadron	80
COSENTYX SENSOREADY PEN	83	deferasirox	59
COSENTYX UNOREADY	83	deferiprone	59
COTELLIC	28	DELSTRIGO	42
covaryx	72	delyla	72
covaryx hs	72	demeclocycline hcl	12
CREON	108	DENGVAZIA	85

DEPO-ESTRADIOL.....	72	DIFLORASONE DIACETATE.....	56
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	79	diflunisal.....	4
depo-testosterone.....	71	difluprednate.....	88
DERMOTIC.....	110	digitek.....	46
DESCOVY.....	43	digox.....	46
desipramine hcl.....	20	digoxin.....	46
DESLORATADINE.....	103	dihydroergotamine mesylate.....	24
desloratadine.....	103	DILANTIN.....	15
desmopressin ace spray refrig.....	70	DILANTIN INFATABS.....	15
desmopressin acetate.....	70	DILANTIN-125.....	15
desmopressin acetate pf.....	70	dilt-xr.....	48
desmopressin acetate spray.....	70	diltiazem hcl.....	48
desogestrel-ethinyl estradiol.....	72	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	48
desonide.....	56	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	48
desoximetasone.....	56	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	48
desrx.....	56	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	48
desvenlafaxine succinate er.....	19	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	48
dexamethasone.....	80	diltiazem hcl er.....	49
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	80	diltiazem hcl er beads.....	49
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	80	dimethyl fumarate.....	94
dexamethasone sod phosphate pf.....	80	dimethyl fumarate starter pack.....	94
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 80,88		DIPENTUM.....	62
dexmethylphenidate hcl.....	96	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	63
dexmethylphenidate hcl er.....	96	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	85
dextroamphetamine sulfate.....	95	dipyridamole.....	69
dextroamphetamine sulfate er.....	95	disopyramide phosphate.....	46
dextrose.....	59	disulfiram.....	6
dextrose in lactated ringers.....	59	divalproex sodium.....	13
dextrose-sodium chloride.....	60	divalproex sodium er.....	13
DIACOMIT.....	13	dodex.....	61
diazepam.....	5,6,16	dofetilide.....	46
DIAZEPAM.....	16	dolishale.....	73
diazepam intensol.....	6	donepezil hcl.....	18
diazoxide.....	92	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	18
diclofenac potassium.....	4		
diclofenac sodium.....	4,88		
diclofenac sodium er.....	4		
diclofenac-misoprostol.....	4		
dicloxacillin sodium.....	10		
dicyclomine hcl.....	63		
DIFICID.....	11		

donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	18	eemt hs.....	73
dorzolamide hcl.....	89	EFAVIRENZ.....	43
dorzolamide hcl-timolol mal.....	90	efavirenz.....	43
dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	90	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	43
dotti.....	73	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	43
DOVATO.....	41	effer-k.....	60
doxazosin mesylate.....	47	ELAPRASE.....	108
doxepin hcl.....	20	elinest.....	73
doxercalciferol.....	62	ELIQUIS.....	67
doxy 100.....	12	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	67
doxycycline.....	12	elixophyllin.....	105
doxycycline hyclate.....	12,13	ELMIRON.....	66
doxycycline monohydrate.....	13	eluryng.....	73
doxylamine-pyridoxine.....	21	EMBRACE PEN NEEDLES.....	99
DRIZALMA SPRINKLE.....	94	emoquette.....	73
dronabinol.....	21	EMSAM.....	19
DROPLET MICRON.....	99	emtricitabine.....	43
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	99	emtricitabine-tenofovir df.....	43
drospiren-eth estrad-levomefol.....	73	EMTRIVA.....	43
drospirenone-ethinyl estradiol.....	73	emzahn.....	79
DROXIA.....	108	enalapril maleate.....	53
droxidopa.....	45	enalapril-hydrochlorothiazide.....	50
duloxetine hcl.....	94	ENBREL.....	84
DUPIXENT.....	83	ENBREL MINI.....	84
dutasteride.....	67	ENBREL SURECLICK.....	84
dutasteride-tamsulosin hcl.....	67	endocet.....	1
E		ENGERIX-B.....	85
E.E.S. 400.....	11	enillorig.....	73
EASIVENT.....	99	enoxaparin sodium.....	67,68
EASIVENT MASK LARGE.....	99	enpresse-28.....	73
EASIVENT MASK MEDIUM.....	99	enskyce.....	73
EASIVENT MASK SMALL.....	99	entacapone.....	37
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	99	entecavir.....	41
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	99	ENTRESTO.....	50
ec-naproxen.....	4	enulose.....	64
econazole nitrate.....	22	ENVARUSUS XR.....	84
ed-spaz.....	64	EPIDIOLEX.....	13
EDURANT.....	43	EPIFOAM.....	58
eemt.....	73	epinastine hcl.....	87
		epinephrine.....	105

EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALCLICK)	105	ethambutol hcl	24
epitol	15	ethosuximide	17
EPIVIR HBV	41	ethynodiol diac-eth estradiol	74
eplerenone	52	etodolac	4
EPRONTIA	13	etodolac er	4
EPROSARTAN MESYLATE	46	etonogestrel-ethinyl estradiol	74
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC	100	etravirine	43
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L	100	euthyrox	81
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M	100	everolimus	29,84
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S	100	EVOTAZ	42
EQUETRO	45	exemestane	27
ergocalciferol	62	ezetimibe	52
ERGOLOID MESYLATES	17	ezetimibe-simvastatin	52
ERGOTAMINE-CAFFEINE	24	F	
ERIVEDGE	29	falmina	74
ERLEADA	25	famciclovir	41
erlotinib hcl	29	famotidine	63
errin	79	FANAPT	38
ertapenem sodium	11	FANAPT TITRATION PACK	38
ERY	55	FARXIGA	54
ery-tab	11	fayosim	74
erythrocin lactobionate	11	febuxostat	23
ERYTHROCIN STEARATE	11	felbamate	13
erythromycin	11,55,87	felodipine er	48
erythromycin base	11	femynor	74
erythromycin ethylsuccinate	11	fenofibrate	51
erythromycin lactobionate	11	fenofibrate micronized	51
escitalopram oxalate	19	fenofibric acid	51
esgic	94	fentanyl	3
esomeprazole magnesium	65	FENTANYL CITRATE	1
est estrogens-methyltest	73	FERRIPROX	59
est estrogens-methyltest ds	73	fesoterodine fumarate er	66
est estrogens-methyltest hs	73	FETZIMA	19
estarylla	73	FETZIMA TITRATION	19
estazolam	109	finasteride	67
estradiol	73	fin golimod hcl	94
estradiol valerate	73	FINTEPLA	13
estradiol-norethindrone acet	73	finzala	74
ESTRING	73	FIRMAGON	69
eszopiclone	109	FIRMAGON (240 MG DOSE)	69

flac	110
flavoxate hcl	66
flecainide acetate	46
FLEXICHAMBER	100
fluconazole	22
fluconazole in sodium chloride	22
flucytosine	22
fludrocortisone acetate	80
flunisolide	106
fluocinolone acetonide	56,110
fluocinolone acetonide body	56
fluocinolone acetonide scalp	56
fluocinonide	56
fluocinonide emulsified base	56
fluorometholone	88
fluorouracil	58
fluoxetine hcl	19
FLUOXETINE HCL	19
FLUOXETINE HCL (PMDD)	19
fluphenazine decanoate	37
FLUPHENAZINE HCL	37
flurandrenolide	57
FLURAZEPAM HCL	109
FLURBIPROFEN	4
FLURBIPROFEN SODIUM	88
flutamide	25
fluticasone propionate	57,106
fluticasone-salmeterol	106
FLUTICASONE-SALMETEROL	106
fluvastatin sodium	51
fluvastatin sodium er	51
fluvoxamine maleate	19
fluvoxamine maleate er	19
FML	88
FML FORTE	88
folic acid	61
fondaparinux sodium	68
formoterol fumarate	105
fosamprenavir calcium	42
fosfomycin tromethamine	8
fosinopril sodium	53

fosinopril sodium-hctz	50
FOTIVDA	29
FRUZAQLA	26
fulvestrant	26
furosemide	53
FUZEON	44
fyavolv	74
FYCOMPA	13

G

g tussin ac	107
gabapentin	16
galantamine hydrobromide	18
galantamine hydrobromide er	18
GAMUNEX-C	82
GARDASIL 9	85
gatifloxacin	87
gauze pads 2	100
GAVILYTE-C	65
gavilyte-g	65
gavilyte-n with flavor pack	64
GAVRETO	29
gefitinib	29
gemfibrozil	51
gemmily	74
GEMTESA	66
generlac	64
gengraf	84
GENTAK	87
gentamicin sulfate	7,87
GENVOYA	41
gianvi	74
GILOTRIF	29
glatiramer acetate	94
glatopa	94
GLEOSTINE	25
glimepiride	91
glipizide	91
glipizide er	91
glipizide xl	91
glipizide-metformin hcl	91

GLUCAGEN HYPOKIT.....	92	HUMALOG.....	92
GLUCAGON EMERGENCY.....	92	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	92
glyburide.....	91	HUMALOG KWIKPEN.....	92
GLYBURIDE MICRONIZED.....	91	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	92
glyburide-metformin.....	91	HUMALOG MIX 75/25.....	93
glycopyrrolate.....	64	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	93
GLYXAMBI.....	91	HUMULIN 70/30.....	93
GOLYTELY.....	65	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	93
granisetron hcl.....	21	HUMULIN N.....	93
griseofulvin microsize.....	22	HUMULIN N KWIKPEN.....	93
griseofulvin ultramicrosize.....	22	HUMULIN R.....	93
guaifatussin ac.....	107	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	93
guaifenesin ac.....	107	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	93
guaifenesin-codeine.....	107	hydralazine hcl.....	54
guanfacine hcl.....	45	hydrochlorothiazide.....	53
guanfacine hcl er.....	96	hydrocod poli-chlorphe poli er.....	107
GYNAZOLE-1.....	22	hydrocodone bit-homatrop mbr.....	107
H		hydrocodone-acetaminophen.....	1
HADLIMA.....	84	hydrocodone-ibuprofen.....	1
HADLIMA PUSHTOUCH.....	84	hydrocortisone.....	57,62
HAEGARDA.....	82	hydrocortisone (perianal).....	57
hailey 1.5/30.....	74	HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE.....	58
hailey 24 fe.....	74	hydrocortisone acetate.....	57
hailey fe 1.5/30.....	74	HYDROCORTISONE BUTYRATE.....	57
hailey fe 1/20.....	74	hydrocortisone valerate.....	57
halobetasol propionate.....	57	hydrocortisone-acetic acid.....	110
haloette.....	74	hydromet.....	107
haloperidol.....	37	hydromorphone hcl.....	1,2
haloperidol decanoate.....	37	HYDROMORPHONE HCL.....	2
haloperidol lactate.....	37	hydromorphone hcl er.....	3
HAVRIX.....	85,86	hydroxychloroquine sulfate.....	35,36
heather.....	79	hydroxyurea.....	26
HEMADY.....	27	hydroxyzine hcl.....	103
hemmorex-hc.....	57	hydroxyzine pamoate.....	103
heparin sodium (porcine).....	68	hyoscyamine sulfate.....	64
heparin sodium (porcine) pf.....	68	hyoscyamine sulfate er.....	64
HEPLISAV-B.....	86	hyosyne.....	64
HIBERIX.....	86	I	
HIZENTRA.....	82	ibandronate sodium.....	62,63
HOMATROPAIRE.....	90	IBRANCE.....	29

ibu	4	introvale	74
ibuprofen	4	INVEGA HAFYERA	39
icatibant acetate	82	INVEGA SUSTENNA	39
iclevia	74	INVEGA TRINZA	39
ICLUSIG	29	IPOL	86
icosapent ethyl	52	ipratropium bromide	104
IDHIFA	29	ipratropium-albuterol	107
ILEVRO	88	irbesartan	46
imatinib mesylate	29	irbesartan-hydrochlorothiazide	50
IMBRUVICA	29	ISENTRESS	41
imipenem-cilastatin	11	ISENTRESS HD	42
imipramine hcl	20	isibloom	74
imiquimod	58	isoniazid	24
IMOVAX RABIES	86	isopropyl alcohol	58
incassia	79	isopropyl alcohol wipes	58
INCRELEX	70	isosorb dinitrate-hydralazine	50
INCRUSE ELLIPTA	104	isosorbide dinitrate	54
indapamide	53	isosorbide mononitrate	54
indomethacin	4	isosorbide mononitrate er	54
indomethacin er	4	isotretinoin	55
INFANRIX	86	isradipine	48
INLYTA	29,30	itraconazole	22
INQOVI	26	ivabradine hcl	50
INREBIC	30	ivermectin	35
INSPIRACHAMBER/LARGE	100	IWILFIN	26
INSPIRACHAMBER/MEDIUM	100	IXCHIQ	86
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE	100	IXIARO	86
INSPIRACHAMBER/SMALL	100		
INSPIREASE	100	J	
INSULIN LISPRO	93	jaimiess	74
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	93	JAKAFI	30
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	93	jantoven	68
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	93	JANUMET	91
INSULIN PEN NEEDLES	100	JANUMET XR	91
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	100	JANUVIA	91
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	100	JARDIANCE	54
INSULIN SYRINGE 1 ML	100	jasmiel	74
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	100	JAYPIRCA	30
INSUPEN PEN NEEDLES	100	jencycla	79
INTELENCE	43	JENTADUETO	91
INTRALIPID	100	JENTADUETO XR	91

jinteli	74
jolessa	74
joyeaux	74
juleber	74
JULUCA	42
junel 1.5/30	74
junel 1/20	74
junel fe 1.5/30	74
junel fe 1/20	74
junel fe 24	74
JYNNEOS	86

K

k-prime	60
kaitlib fe	74
kalliga	74
KALYDECO	105
kariva	74
KCL (0.149%) IN NAACL	60
KCL (0.298%) IN NAACL	60
kcl in dextrose-nacl	60
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	60
kelnor 1/35	74
kelnor 1/50	75
KEPIVANCE	45
KERENDIA	91
ketoconazole	22
ketorolac tromethamine	88
KINRIX	86
kionex	59
KISQALI (200 MG DOSE)	30
KISQALI (400 MG DOSE)	30
KISQALI (600 MG DOSE)	30
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	30
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	30
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	30
klayesta	22
klor-con	60
klor-con 10	60
klor-con m10	60
klor-con m15	60
klor-con m20	60
klor-con sprinkle	60
klor-con/ef	60
KOSELUGO	30
kourzeq	45
KRAZATI	30
kurvelo	75

L

l-glutamine	108
labetalol hcl	47
lacosamide	15
lactated ringers	60,100
lactulose	64
lactulose encephalopathy	64
lamivudine	41,43
lamivudine-zidovudine	43
lamotrigine	14
lamotrigine er	14
lamotrigine starter kit-blue	14
lamotrigine starter kit-green	14
lamotrigine starter kit-orange	14
lansoprazole	65
LANTUS	93
LANTUS SOLOSTAR	93
lapatinib ditosylate	30
larin 1.5/30	75
larin 1/20	75
larin 24 fe	75
larin fe 1.5/30	75
larin fe 1/20	75
larissia	75
latanoprost	89
layolis fe	75
leena	75
leflunomide	84
lenalidomide	26
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	30
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	30
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	30
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	30

LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	30	linezolid.....	8
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	30	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	31	LINZESS.....	64
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	31	liothyronine sodium.....	81
lessina.....	75	lisdexamfetamine dimesylate.....	95
letrozole.....	27	lisinopril.....	53
leucovorin calcium.....	26,27	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	50
LEUKERAN.....	25	LITEAIRE.....	100
leuprolide acetate.....	69	lithium.....	45
levabuterol hcl.....	105	lithium carbonate.....	45
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	105	lithium carbonate er.....	45
levetiracetam.....	14	LIVTENCITY.....	40
levetiracetam er.....	14	lo-zumandimine.....	75
levo-t.....	81	loestrin 1.5/30 (21).....	75
LEVOBUNOLOL HCL.....	89	loestrin 1/20 (21).....	75
levocarnitine.....	108	loestrin fe 1.5/30.....	75
levocarnitine sf.....	108	loestrin fe 1/20.....	75
levocetirizine dihydrochloride.....	103	lojaimiess.....	75
levofloxacin.....	12	LOKELMA.....	59
LEVOFLOXACIN.....	87	LONSURF.....	27
levofloxacin in d5w.....	12	loperamide hcl.....	63
levonest.....	75	lopinavir-ritonavir.....	42
levonorg-eth estrad triphasic.....	75	lopreeza.....	75
levonorgest-eth est & eth est.....	75	lorazepam.....	6
levonorgest-eth estrad 91-day.....	75	lorazepam intensol.....	6
levonorgest-eth estradiol-iron.....	75	LORBRENA.....	31
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	75	loryna.....	75
levora 0.15/30 (28).....	75	losartan potassium.....	46
levothyroxine sodium.....	81	losartan potassium-hctz.....	50
levoxyl.....	81	loteprednol etabonate.....	88
LEXIVA.....	42	lovastatin.....	51
LIBERVANT.....	16	low-ogestrel.....	75
lidocaine.....	4,5	loxapine succinate.....	37
lidocaine hcl.....	5	lubiprostone.....	64
LIDOCAINE HCL.....	5	LULICONAZOLE.....	23
lidocaine viscous hcl.....	5	LUMAKRAS.....	31
lidocaine-prilocaine.....	5	LUMIGAN.....	89
lidocan.....	5	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	69
LILETTA (52 MG).....	79	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	70
lillow.....	75	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	70
lincomycin hcl.....	8	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	70

lurasidone hcl	39
lutera	75
LYBALVI	18
lyleq	79
lyllana	76
LYNPARZA	31
LYSODREN	27
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	31
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	31
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	31
lyza	79

M

M-M-R II	86
mafenide acetate	55
magnesium sulfate	60
malathion	59
maraviroc	44
marlissa	76
MARPLAN	19
MATULANE	25
matzim la	49
MAVYRET	41
maxi-tuss ac	107
MAXIDEX	88
meclizine hcl	21
medpura alcohol pads	58
MEDROL	80
medroxyprogesterone acetate	79
mefloquine hcl	36
megestrol acetate	79
MEKINIST	31
MEKTOVI	31
melodetta 24 fe	76
meloxicam	4
MELPHALAN	25
memantine hcl	17
memantine hcl er	17
MENACTRA	86
MENEST	76
MENQUADFI	86
MENVEO	86
MEPHYTON	69
meprobamate	5
mercaptapurine	26
meropenem	11
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	11
merzee	76
mesalamine	62
mesalamine er	62
mesna	27
MESNEX	27
metaxalone	87
metformin hcl	91
metformin hcl er	91
methadone hcl	3
methadone hcl intensol	3
methadose	3
methazolamide	89
methenamine hippurate	8
methergine	100
methimazole	82
methocarbamol	87
methotrexate sodium	84,85
methotrexate sodium (pf)	84
methoxsalen rapid	58
methscopolamine bromide	64
methsuximide	17
methyl dopa	45
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	50
methylergonovine maleate	100
methylphenidate hcl	96
METHYLPHENIDATE HCL ER	96
methylphenidate hcl er	97
methylphenidate hcl er (cd)	96
methylphenidate hcl er (la)	96
methylphenidate hcl er (osm)	96,97
methylprednisolone	80
methylprednisolone acetate	80
methylprednisolone sodium succ	80
methyltestosterone	71
metoclopramide hcl	21

METOCLOPRAMIDE HCL.....	21	MOUNJARO.....	91
metolazone.....	53	MOVANTIK.....	65
metoprolol succinate er.....	47	moxifloxacin hcl.....	12,88
metoprolol tartrate.....	47	MOXIFLOXACIN HCL.....	12
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	50	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	88
metronidazole.....	8	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	12
metirosine.....	50	MRESVIA.....	86
mexiletine hcl.....	46	MULTAQ.....	46
mibelas 24 fe.....	76	MULTI-VIT-FLOR.....	60
micafungin sodium.....	23	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE.....	60
MICONAZOLE 3.....	23	multi-vitamin/fluoride/iron.....	60
MICROCHAMBER.....	100	MULTIVITAMIN W/FLUORIDE.....	60
microgestin 1.5/30.....	76	MULTIVITAMIN/FLUORIDE.....	60
microgestin 1/20.....	76	multivitamins/fluoride.....	60
microgestin 24 fe.....	76	mupirocin.....	55
microgestin fe 1.5/30.....	76	MUSE.....	69
microgestin fe 1/20.....	76	mycophenolate mofetil.....	85
MICROSPACER.....	100	mycophenolate mofetil hcl.....	85
midodrine hcl.....	45	mycophenolate sodium.....	85
mifepristone.....	70	mycophenolic acid.....	85
MIGERGOT.....	24	myorisan.....	55
miglitol.....	91	MYRBETRIQ.....	66
mili.....	76		
mimvey.....	76	N	
minitran.....	54	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	65
minocycline hcl.....	13	nabumetone.....	4
minoxidil.....	54	nadolol.....	47
mirtazapine.....	18	nafticillin sodium.....	10
misoprostol.....	66	nafrinse.....	61
modafinil.....	109	naftifine hcl.....	23
moexipril hcl.....	53	NAGLAZYME.....	108
MOLINDONE HCL.....	37,38	naloxone hcl.....	7
mometasone furoate.....	57,107	naltrexone hcl.....	7
mondoxyne nl.....	13	NAMZARIC.....	17,18
mono-lynyah.....	76	naproxen.....	4
montelukast sodium.....	104	naproxen dr.....	4
morgidox.....	13	naproxen sodium.....	4
morphine sulfate.....	2	naratriptan hcl.....	23
MORPHINE SULFATE.....	2	NATACYN.....	88
morphine sulfate (concentrate).....	2	nateglinide.....	91
morphine sulfate er.....	3	NAYZILAM.....	5

nebivolol hcl	47	NITROSTAT	54
nebusal	107	NIVA THYROID	81
necon 0.5/35 (28)	76	NIZATIDINE	63
NEFAZODONE HCL	19	nolix	57
neo-polycin	90	nora-be	79
neo-polycin hc	90	norelgestromin-eth estradiol	76
neomycin sulfate	7	norethin ace-eth estrad-fe	76
neomycin-bacitracin zn-polymyx	90	norethin-eth estradiol-fe	76
neomycin-polymyxin-dexameth	90	norethindron-ethinyl estrad-fe	76
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	90	norethindrone	79
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	90	norethindrone acet-ethinyl est	76
neomycin-polymyxin-hc	110	norethindrone acetate	79
NERLYNX	31	norethindrone-eth estradiol	76
nevirapine	43	norgestim-eth estrad triphasic	76
NEVIRAPINE	43	norgestimate-eth estradiol	76
NEVIRAPINE ER	43	norlyda	79
nevirapine er	43	norlyroc	79
NEXPLANON	79	NORMOSOL-M IN D5W	61
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC)	52	nortrel 0.5/35 (28)	76
niacin er (antihyperlipidemic)	52	nortrel 1/35 (21)	77
NIACOR	52	nortrel 1/35 (28)	77
nicardipine hcl	48	nortrel 7/7/7	77
NICOTROL	6	nortriptyline hcl	20
NICOTROL NS	6	NORVIR	42
nifedipine	48	NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	100
nifedipine er	48	NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	100
nifedipine er osmotic release	48	NP THYROID	81
nikki	76	NUBEQA	25
nilutamide	25	NUEDEXTA	94
nimodipine	48	nulev	64
NINLARO	31	NULYTELY LEMON-LIME	65
nisoldipine er	48	NULYTELY WITH FLAVOR PACKS	65
nitazoxanide	36	NUPLAZID	39
nitisinone	108	NURTEC	24
NITRO-BID	54	NUTRILIPID	100
NITRO-DUR	54	nyamyc	23
NITRO-TIME	54	nylia 1/35	77
nitrofurantoin	8	nylia 7/7/7	77
nitrofurantoin macrocrystal	8	NYMALIZE	48
nitrofurantoin monohyd macro	8	nymyo	77
nitroglycerin	54	nystatin	23

nystatin-triamcinolone	58
nystop	23
O	
ocella	77
octreotide acetate	70
OCTREOTIDE ACETATE	70
ODEFSEY	43
ODOMZO	31
OFEV	105
ofloxacin	12,88,110
OGSIVEO	31
OJEMDA	31,32
OJJAARA	27
olanzapine	39
olanzapine-fluoxetine hcl	18
olmesartan medoxomil	46
olmesartan medoxomil-hctz	50
olmesartan-amlodipine-hctz	50
olopatadine hcl	103
omega-3-acid ethyl esters	52
omeprazole	65
OMNITROPE	65,70
ondansetron	21
ONDANSETRON HCL	21
ondansetron hcl	21,22
ONUREG	26
OPSUMIT	103
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK	101
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK	101
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK	101
OPTICHAMBER DIAMOND	101
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK	101
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	101
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	101
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE	101
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM	101
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL	101
OPTIHALER	101
OPVEE	101
oralone	45

ORGOVYX	70
ORSERDU	25
orsythia	77
oscimin	64
oscimin sr	64
oseltamivir phosphate	40,41
OSPHENA	79
OTEZLA	58,83
oxaprozin	4
oxazepam	6
oxcarbazepine	15
oxiconazole nitrate	23
oxybutynin chloride	66
oxybutynin chloride er	66
oxycodone hcl	2
OXYCODONE HCL ER	3
oxycodone-acetaminophen	2
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	2
oxymorphone hcl	2
OXYMORPHONE HCL ER	3
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	91
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	91
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	92

P

pacerone	46
paliperidone er	39
PANRETIN	35
pantoprazole sodium	65
paricalcitol	63
paroex	45
paroxetine hcl	20
paroxetine hcl er	20
paroxetine mesylate	20
PAXLOVID (150/100)	44
PAXLOVID (300/100)	44
pazopanib hcl	32
pb-hyoscy-atropine-scopolamine	64
PEDIARIX	86
PEDVAX HIB	86
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	65

peg-3350/electrolytes	65	pimtrea	77
peg-3350/electrolytes/ascorbat	65	pindolol	47
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	65	pioglitazone hcl	92
PEG-PREP	65	pioglitazone hcl-glimepiride	92
PEGASYS	82	pioglitazone hcl-metformin hcl	92
PEMAZYRE	32	piperacillin sod-tazobactam so	11
PEN NEEDLES	101	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	32
PENBRAYA	101	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	32
penciclovir	55	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	32
penicillamine	66	pirfenidone	105
penicillin g potassium	10	PIRFENIDONE	105
PENICILLIN G SODIUM	10	pirmella 1/35	77
penicillin v potassium	10	pirmella 7/7/7	77
PENTACEL	86	piroxicam	4
pentamidine isethionate	36	PLENVU	65
pentazocine-naloxone hcl	2	POCKET CHAMBER	101
pentoxifylline er	51	POCKET SPACER	101
perindopril erbumine	53	podofilox	58
perlogard	45	POLY-VI-FLOR	61
permethrin	59	polycin	90
perphenazine	21	polymyxin b sulfate	8
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	18	polymyxin b-trimethoprim	88
PERSERIS	39	POMALYST	26
PFIZERPEN	10	portia-28	77
phenazo	66	posaconazole	23
phenazopyridine hcl	66	pot & sod cit-cit ac	67
phenelzine sulfate	19	potassium chloride	61
phenobarbital	16	potassium chloride crys er	61
phenobarbital-belladonna alk	64	potassium chloride er	61
phenohydro	64	potassium chloride in dextrose	61
phenytek	15	potassium chloride in nacl	61
phenytoin	15	potassium citrate er	61
phenytoin infatabs	15	potassium citrate-citric acid	67
phenytoin sodium extended	15	pramipexole dihydrochloride	36
philith	77	pramipexole dihydrochloride er	36
phospho-trin k500	67	PRAMOSONE	58
phytonadione	69	prasugrel hcl	69
PIFELTRO	43	pravastatin sodium	52
pilocarpine hcl	45,89	praziquantel	35
pimecrolimus	57	prazosin hcl	47
PIMOZIDE	38	prednisolone	80

prednisolone acetate	88	PROLASTIN-C	108
prednisolone sodium phosphate	80	PROLIA	63
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	88	PROMACTA	68,69
prednisone	80	promethazine hcl	21,103
PREDNISONE INTENSOL	80	promethazine vc	107
pregabalin	94	PROMETHAZINE VC/CODEINE	107
PREHEVBRIO	86	promethazine-codeine	107
PREMARIN	77	promethazine-dm	107
PREMASOL	61	promethazine-phenyleph-codeine	107
premium lidocaine	5	promethazine-phenylephrine	107
PREMPHASE	77	promethegan	21
PREMPRO	77	propafenone hcl	46
prenatal vitamins	61	propafenone hcl er	46
prevalite	52	proparacaine hcl	90
previfem	77	propranolol hcl	47
PREVYMIS	40	propranolol hcl er	47
PREZCOBIX	42	PROPRANOLOL-HCTZ	51
PREZISTA	42	propylthiouracil	82
PRIFTIN	24	PROQUAD	86
primaquine phosphate	36	protriptyline hcl	20
PRIMEAIRE HOLDING CHAMBER	101	pseudoeph-bromphen-dm	107
primidone	16	PULMICORT FLEXHALER	104
PRIORIX	86	pulmosal	107
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	101	PULMOZYME	105
PRO COMFORT SPACER ADULT	101	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	101
PRO COMFORT SPACER CHILD	101	PURE COMFORT SPACER CHAMBER	101
PRO COMFORT SPACER INFANT	101	PURIXAN	26
probenecid	23	pyrazinamide	24
PROCARE SPACER/ADULT MASK	101	pyridostigmine bromide	24
PROCARE SPACER/CHILD MASK	101	pyridostigmine bromide er	24
procentra	95	pyrimethamine	36
PROCHAMBER VHC	101		
prochlorperazine	21	Q	
prochlorperazine maleate	21	qc alcohol	58
procto-med hc	57	QINLOCK	27
procto-pak	57	QUADRACEL	86
PROCTOFOAM HC	58	quetiapine fumarate	39
proctosol hc	57	quetiapine fumarate er	40
proctozone-hc	57	QUFLORA PEDIATRIC	61
progesterone	79	quinapril hcl	53
PROGRAF	85	quinapril-hydrochlorothiazide	51

quinidine gluconate er	46
quinidine sulfate	46
quinine sulfate	36

R

ra isopropyl alcohol wipes	58
RABAVERT	86
rabeprazole sodium	66
raloxifene hcl	79
ramelteon	109
ramipril	53
ranolazine er	51
rasagiline mesylate	37
reclipsen	77
RECOMBIVAX HB	86
REGRANEX	58
relafen	4
RELENZA DISKHALER	41
repaglinide	92
REPATHA	52
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	52
REPATHA SURECLICK	52
RESTASIS	90
RESTASIS MULTIDOSE	90
RETACRIT	69
RETEVMO	32
REVLIMID	26
REXULTI	40
REYATAZ	42
REZLIDHIA	32
REZUROCK	83
RHOPRESSA	89
ribavirin	41
RIDAURA	83
rifabutin	24
rifampin	25
riluzole	94
RIMANTADINE HCL	41
ringers	61
ringers irrigation	101
RINVOQ	83
RINVOQ LQ	83
risedronate sodium	63
risperidone	40
risperidone microspheres er	40
RITEFLO	102
ritonavir	42
rivastigmine	18
rivastigmine tartrate	18
rivelsa	77
rizatriptan benzoate	23
ROCKLATAN	90
roflumilast	105,106
ropinirole hcl	36
ropinirole hcl er	36
rosadan	8
rosuvastatin calcium	52
ROTARIX	86
ROTATEQ	86
roweepra	14
roweepra xr	14
ROZLYTREK	32
RUBRACA	32
rufinamide	15,16
RUKOBIA	44
RYBELSUS	92
RYDAPT	32

S

sajazir	82
saline bacteriostatic	102
salsalate	4
SANDIMMUNE	85
SANTYL	58
sapropterin dihydrochloride	108
SCSEMBLIX	32
scopolamine	21
SECUADO	40
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	102
selegiline hcl	37
selenium sulfide	57
SELZENTRY	44

SEREVENT DISKUS.....	105	SPRYCEL.....	32,33
sertraline hcl.....	20	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	59
setlakin.....	77	sronyx.....	77
sharobel.....	79	ssd.....	58
SHINGRIX.....	86	sss 10-5.....	58
SIGNIFOR.....	70	SSS 10-5.....	58
sildenafil citrate.....	67,103	stavudine.....	44
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	102	STELARA.....	83
silodosin.....	67	sterile water for irrigation.....	102
silver sulfadiazine.....	58	STIOLTO RESPIMAT.....	107
SIMBRINZA.....	89	STIVARGA.....	33
simliya.....	77	STREPTOMYCIN SULFATE.....	7
simpesse.....	77	STRIBILD.....	42
simvastatin.....	52	subvenite.....	14
sirolimus.....	85	subvenite starter kit-blue.....	14
SIRTURO.....	25	subvenite starter kit-green.....	14
SKYRIZI.....	83	subvenite starter kit-orange.....	14
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	83	sucalfate.....	66
SKYRIZI PEN.....	83	sulfacetamide sodium.....	88
SMOFLIPID.....	102	sulfacetamide sodium (acne).....	55
sod citrate-citric acid.....	67	sulfacetamide sodium-sulfur.....	58,59
sodium chloride.....	61,107	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	90
sodium chloride (pf).....	61	sulfadiazine.....	12
sodium chloride bacteriostatic.....	102	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	12
sodium fluoride.....	61	sulfasalazine.....	62
SODIUM OXYBATE.....	109	sulfatrim pediatric.....	12
sodium phenylbutyrate.....	108	sulindac.....	4
sodium polystyrene sulfonate.....	59	sumatriptan.....	23
solifenacin succinate.....	66	sumatriptan succinate.....	23,24
SOLTAMOX.....	26	sumatriptan succinate refill.....	24
SOMAVERT.....	70	sunitinib malate.....	33
sorafenib tosylate.....	32	SUNLENCA.....	44
sorine.....	47	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	102
sotalol hcl.....	47	syeda.....	77
sotalol hcl (af).....	47	symax-sl.....	64
SPINOSAD.....	59	symax-sr.....	64
SPIRIVA RESPIMAT.....	104	SYMPAZAN.....	16
spironolactone.....	52	SYMTUZA.....	42
spironolactone-hctz.....	51	SYNAREL.....	70
sprintec 28.....	77	SYNJARDY.....	92
SPRITAM.....	14	SYNJARDY XR.....	92

SYNRIBO	33
SYNTHROID	81

T

TABLOID	26
TABRECTA	33
tacrolimus	57,85
tadalafil	67
tadalafil (pah)	103
TAFINLAR	33
tafluprost (pf)	89
TAGRISSO	33
TALZENNA	33
tamoxifen citrate	26
tamsulosin hcl	67
tarina 24 fe	77
tarina fe 1/20	77
tarina fe 1/20 eq	77
taron-crystals	67
TASIGNA	33
tasimelteon	109
taysofy	77
tazarotene	55
TAZICEF	9
TAZORAC	55
taztia xt	49
TAZVERIK	33
TDVAX	86
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	102
TEFLARO	9
telmisartan	46
telmisartan-amlodipine	51
telmisartan-hctz	51
temazepam	109
TEMIXYS	44
TENCON	94
TENIVAC	86
tenofovir disoproxil fumarate	44
TEPMETKO	33
terazosin hcl	47
terbinafine hcl	23

terbutaline sulfate	105
terconazole	23
teriflunomide	94
TERIPARATIDE (RECOMBINANT)	63
testosterone	71
testosterone cypionate	71
TESTOSTERONE ENANTHATE	71
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD	86
tetrabenazine	94
tetracycline hcl	13
THALOMID	26
THEO-24	106
theophylline	106
theophylline er	106
thioridazine hcl	38
thiotepa	25
thiothixene	38
THYROID	81
tiadylt er	49
tiagabine hcl	17
TIBSOVO	33
TICOVAC	87
tigecycline	8
tilia fe	77
timolol maleate	47,89
timolol maleate (once-daily)	89
timolol maleate ocudose	89
timolol maleate pf	89
tinidazole	8
tiotropium bromide monohydrate	104
tis-u-sol	102
TIVICAY	42
TIVICAY PD	42
tizanidine hcl	22
TOBRADEX	90
tobramycin	88,105
tobramycin sulfate	7
tobramycin-dexamethasone	90
TOBREX	88
TOLAK	59
tolterodine tartrate	66

tolterodine tartrate er.....	66	tri-vylibra.....	78
topiramate.....	14	tri-vylibra lo.....	78
topiramate er.....	15	triamcinolone acetonide.....	45,57
toremifene citrate.....	26	triamterene.....	52
toremide.....	53	triamterene-hctz.....	51
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	93	triazolam.....	109
TOUJEO SOLOSTAR.....	93	tricitrates.....	67
tovet.....	57	triderm.....	57
TPN ELECTROLYTES.....	61	trientine hcl.....	59
TRACLEER.....	103	TRIENTINE HCL.....	59
TRADJENTA.....	92	trifluoperazine hcl.....	38
tramadol hcl.....	2	TRIFLURIDINE.....	88
tramadol hcl (er biphasic).....	3	trihexyphenidyl hcl.....	36
tramadol hcl er.....	3	TRIKAFTA.....	105
tramadol-acetaminophen.....	2	trilyte.....	65
trandolapril.....	53	trimethobenzamide hcl.....	21
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	51	trimethoprim.....	8
tranexamic acid.....	69	trimipramine maleate.....	20
tranylcypromine sulfate.....	19	TRINTELLIX.....	20
travoprost (bak free).....	89	TRIUMEQ.....	44
trazodone hcl.....	20	TRIUMEQ PD.....	44
TRECTOR.....	25	trivora (28).....	78
TRELEGY ELLIPTA.....	107	TRIZIVIR.....	44
TRELSTAR MIXJECT.....	70	tropium chloride.....	66
TRESIBA.....	93	tropium chloride er.....	66
TRESIBA FLEXTOUCH.....	93	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	102
tretinoin.....	35,55	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	102
TREXALL.....	85	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	102
tri femynor.....	77	TRULICITY.....	92
tri-estarylla.....	78	TRUMENBA.....	87
tri-legest fe.....	78	TRUQAP.....	33
tri-linyah.....	78	TUKYSA.....	33
tri-lo-estarylla.....	78	tulana.....	79
tri-lo-marzia.....	78	TURALIO.....	33
tri-lo-mili.....	78	turqoz.....	78
tri-lo-sprintec.....	78	TWINRIX.....	87
tri-mili.....	78	TYBOST.....	44
tri-nymyo.....	78	tydemy.....	78
tri-previfem.....	78	TYMLOS.....	63
tri-sprintec.....	78	TYPHIM VI.....	87
TRI-VITE/FLUORIDE.....	61		

U

UBRELVY	24
UKONIQ	34
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE	102
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	102
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	102
unithroid	81
ursodiol	65

V

valacyclovir hcl	41
VALCHLOR	59
valganciclovir hcl	40
valproate sodium	15
valproic acid	15
valsartan	46
valsartan-hydrochlorothiazide	51
VALTOCO 10 MG DOSE	17
VALTOCO 15 MG DOSE	17
VALTOCO 20 MG DOSE	17
VALTOCO 5 MG DOSE	17
vanadom	87
vancomycin hcl	8
VANDAZOLE	8
VANFLYTA	34
VAQTA	87
vardenafil hcl	67
varenicline tartrate	6
varenicline tartrate (starter)	6
varenicline tartrate(continue)	6
VARIVAX	87
VAXCHORA	87
VECAMYL	51
VELIVET	78
VENCLEXTA	34
VENCLEXTA STARTING PACK	34
venlafaxine hcl	20
venlafaxine hcl er	20
VEOZAH	94
verapamil hcl	49

VERAPAMIL HCL ER	49
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	102
VERIFINE INSULIN SYRINGE	102
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	102
VERQUVO	51
VERSACLOZ	38
VERZENIO	34
vestura	78
vienva	78
vigabatrin	17
vigadrone	17
VIGAFYDE	17
vigpoder	17
vilazodone hcl	20
viorele	78
VIRACEPT	42
VIREAD	44
virtussin a/c	108
virtussin ac w/alc	108
vitamin d (ergocalciferol)	63
VITAMINS ACD-FLUORIDE	62
VITRAKVI	34
VIZIMPRO	34
volnea	78
VONJO	27
voriconazole	23
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD	102
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER	102
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER	103
VOWST	103
VRAYLAR	40
vyfemla	78
vylibra	78
VYZULTA	89

W

warfarin sodium	68
WATCHHALER	103
water for irrigation, sterile	103
WELIREG	27
wera	78

wixela inhub.....	108
wymzya fe.....	78

X

XALKORI.....	34
XARELTO.....	68
XARELTO STARTER PACK.....	68
XATMEP.....	85
XCOPRI.....	15,16
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	16
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	16
XDEMVI.....	90
XELJANZ.....	83
XELJANZ XR.....	83
XERMELO.....	63
XGEVA.....	63
XIFAXAN.....	8
XIGDUO XR.....	92
XIIDRA.....	90
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	41
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	41
XOLAIR.....	83,84
XOSPATA.....	34
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	34
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	34
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	34
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	34
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	34
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	34
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	35
XTANDI.....	25
xulane.....	78

Y

YF-VAX.....	87
yuvafem.....	78

Z

zafemy.....	78
zafirlukast.....	104
zaleplon.....	109

zarah.....	78
ZARXIO.....	69
zebutal.....	95
ZEJULA.....	35
ZELBORAF.....	35
zenatane.....	55
zenzedi.....	95
zidovudine.....	44
ziprasidone hcl.....	40
ziprasidone mesylate.....	40
ZIRGAN.....	88
zoledronic acid.....	63
ZOLINZA.....	27
zolmitriptan.....	24
zolpidem tartrate.....	109
zolpidem tartrate er.....	109
ZONISADE.....	16
zonisamide.....	16
ZONTIVITY.....	68
zovia 1/35 (28).....	78
zovia 1/35e (28).....	78
ZTALMY.....	17
zumandimine.....	78
ZURZUVAE.....	19
ZYDELIG.....	35
ZYKADIA.....	35
ZYLET.....	90
ZYPREXA RELPREVV.....	40



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Navajo Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

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

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ບໍ່ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ քնն հասանելի է և անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր անոթաբանական և քիմիական քննարկումների հետ կապված և նաև ցանկացած հարցի և պատասխանների համար: Թարգմանչական և անվճար թարգմանչական ծառայությունները մեզ 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով: Զեղ կօգնի հարցերին իմացող թարգմանչական և անվճար է:

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

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

Este formulario se actualizó el 10/23/2024 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Medicare de Blue Shield llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar a blueshieldca.com/medformulary2025.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de costos más bajos en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluido si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana o consulte el directorio de farmacias en blueshieldca.com/medformulary2025.