



CCPOA Medical Plan Medicare (PPO)

# 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: 25363

Este formulario se actualizó el 06/24/2025. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de CCPOA Medical Plan Medicare 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/ccpoa-retirees](http://blueshieldca.com/ccpoa-retirees).

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

A53840MAD-B-SP\_1024 (07/25)

Y0118\_24\_446B\_SP\_C 08022024

06/24/2025

**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 CCPOA Medical Plan Medicare.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 06/24/2025 . 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 CCPOA Medical Plan Medicare?**

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 médica mente 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/ccpoa-retirees](http://blueshieldca.com/ccpoa-retirees).

**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 CCPOA Medical Plan Medicare?”.

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

**Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 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 06/24/2025. 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/ccpoa-retirees](http://blueshieldca.com/ccpoa-retirees).

## **¿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 113. 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 envíemos 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, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.
- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que 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 médicaamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

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

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

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

## Cómo obtener más información

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

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

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 113 .

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	
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).
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
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA</b>		
acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)	gen	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
ascomp-codeine 50-325-40-30 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	gen	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	gen	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
FENTANYL CITRATE 100 MCG TAB	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	gen	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (7.5-300 mg tab, 10-300 mg tab)	gen	PA, QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	gen	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen 5-300 mg tab	gen	PA, QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-ibuprofen (5-200 mg tab, 7.5-200 mg tab, 10-200 mg tab)	gen	QL (5 PER 1 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid	gen	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	gen	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
HYDROMORPHONE HCL 3 MG SUPPOS	gen	QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, 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
hydromorphone hcl 4 mg tab	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)	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
morphine sulfate (concentrate) ((concentrate) 20 mg/ml solution, (concentrate) 100 mg/5ml solution)	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 10 mg/5ml solution	gen	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate 20 mg/5ml solution	gen	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	gen	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (20 mg tab, 100 mg/5ml conc)	gen	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	gen	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	gen	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	gen	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	gen	QL (1000 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
oxymorphone hcl 10 mg tab	gen	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxymorphone hcl 5 mg tab	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
pentazocine-naloxone hcl 50-0.5 mg tab	gen	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl 100 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	gen	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	gen	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

## ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

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)	gen	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
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)	gen	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl er (er 8 mg tab er 24h, er 16 mg tab er 24h, er 32 mg tab er 24h)	gen	PA, QL (30 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
hydromorphone hcl er 12 mg tab er 24h	gen	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl (10 mg tab, 10 mg/ml conc)	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	npd	PA, NDS
methadone hcl 40 mg tab sol	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
methadone hcl 5 mg tab	gen	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	gen	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl intensol 10 mg/ml conc	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadose 40 mg tab sol	gen	QL (1 PER 1 DAYS), NDS
morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	gen	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	gen	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab er	gen	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYMORPHONE HCL ER (ER 5 MG TAB ER 12H, ER 7.5 MG TAB ER 12H, ER 10 MG TAB ER 12H, ER 15 MG TAB ER 12H, ER 20 MG TAB ER 12H, ER 30 MG TAB ER 12H, ER 40 MG TAB ER 12H)	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl (er biphasic) (biphasic) 100 mg tab er 24h, biphasic) 200 mg tab er 24h, biphasic) 300 mg tab er 24h)	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS

## ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
cataflam 50 mg tab	gen	
celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	gen	
diclofenac sodium (1 % gel, 1.5 % solution, 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)	gen	
diclofenac sodium 3 % gel	gen	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h	gen	
diclofenac-misoprostol (50-0.2 mg tab dr, 75-0.2 mg tab dr)	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
diflunisal 500 mg tab	gen	
ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	gen	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)	gen	
etodolac er (er 400 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h, er 600 mg tab er 24h)	gen	
FLURBIPROFEN (50 MG TAB, 100 MG TAB)	gen	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	gen	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension, 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	gen	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	gen	
indomethacin er 75 mg cap er	gen	
meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)	gen	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	gen	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)	gen	
naproxen dr 500 mg tab dr	gen	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	gen	
oxaprozin 600 mg tab	gen	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	gen	
relafen (500 mg tab, 750 mg tab)	gen	
salsalate (500 mg tab, 750 mg tab)	gen	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	gen	

## ANESTÉSICOS

### ANESTÉSICOS LOCALES

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

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
oxazepam (10 mg cap, 15 mg cap, 30 mg cap)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)

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

### ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

### DEPENDENCIA A OPIOIDES

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

### DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

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

### REVERTIDORES OPIOIDEOS

naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)	gen
naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid	gen
naltrexone hcl 50 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
------------------------	-------	--------------------

## ANTIBACTERIANOS

### AMINOGLUCÓSIDOS

<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	npd	
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>	npd	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	gen	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	npd	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	npd	

### ANTIBACTERIANOS, OTROS

<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	npd	
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, 300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	npd	
<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>	npd	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL ( 300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	npd	
CLINDESSE 2 % CREAM	brd	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	npd	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	spec	

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>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	gen	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	npd	
<i>linezolid (100 mg/5ml recon susp, 600 mg tab)</i>	gen	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	npd	
<b>LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION</b>	spec	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	gen	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 250 mg tab, 375 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>metronidazole 500 mg/100ml solution</i>	npd	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	gen	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	npd	
<i>rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)</i>	gen	
<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>	npd	
<i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>	gen	
<i>vancomycin hcl (50 mg/ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln)</i>	gen	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME)
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>VANDAZOLE 0.75 % GEL</b>	brd	
<b>XIFAXAN 200 MG TAB</b>	npd	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
<b>XIFAXAN 550 MG TAB</b>	npd	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

## BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

<b>CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)</b>	gen
<b>CEFACLOR ER 500 MG TAB ER 12H</b>	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
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg/5ml recon susp)	gen	
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)	npd	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, 300 mg cap)	gen	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	npd	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	gen	
cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	npd	
cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)	npd	
CEFPODOXIME PROXETIL (50 MG/5ML RECON SUSP, 100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB)	gen	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	gen	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	npd	
ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	npd	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	gen	
cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)	npd	
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)	gen	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	npd	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	spec	

## BETALACTÁMICOS, PENICILINAS

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

## CARBAPENÉMICOS

<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	gen
---	-----

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	npd	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	npd	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	npd	

## MACRÓLIDOS

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

## QUINOLONAS

BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	brd
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	brd
ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)	gen
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	gen
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	npd

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	gen	
levofloxacin 25 mg/ml solution	npd	
levofloxacin in d5w ( 500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)	npd	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	gen	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
ofloxacin (300 mg tab, 400 mg tab)	gen	

## SULFONAMIDAS

sulfadiazine 500 mg tab	gen
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	gen
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	npd
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	gen

## TETRACICLINAS

avidoxy 100 mg tab	gen
demeclacycline hcl (150 mg tab, 300 mg tab)	gen
doxy 100 100 mg recon soln	npd
doxycycline 40 mg cap dr	gen
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)	gen
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)	gen PA
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	npd
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)	gen
minocycline hcl (50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)	gen
monodoxine nl 100 mg cap	gen
morgidox 100 mg cap	gen

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	gen	
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
<b>ANTICONVULSIVOS, OTROS</b>		
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
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	gen	
divalproex sodium er (er 250 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h)	gen	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	npd	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	gen	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	npd	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	npd	QL (3 PER 1 DAYS)
lamotrigine (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)	gen	
lamotrigine er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)	gen	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
lamotrigine er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
lamotrigine er (er 250 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)	gen	ST
lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg kit	gen	
lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit	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
lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit	gen	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)	gen	
levetiracetam er 500 mg tab er 24h	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab er 24h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
perampanel 2 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
roweepra 500 mg tab	gen	
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
subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	gen	
subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg kit	gen	
subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit	gen	
subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit	gen	
topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)	gen	
TOPIRAMATE 50 MG CAP SPRINK	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
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)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)	npd	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	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

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

## 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>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5ml solution, 100 mg/10ml solution)</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab)</i>	gen	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	gen	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	gen	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	gen	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	gen	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 &amp; 150 MG TAB THPK</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 &amp; 200 MG TAB THPK</i>	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
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	
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	gen	

## GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS

clobazam 10 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	gen	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	gen	QL (20 PER 30 DAYS)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	gen	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	gen	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	gen	QL (72 PER 1 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (50 mg tab, 125 mg tab, 250 mg tab)	gen	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)	gen	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 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)

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
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadroner 500 mg packet	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadroner 500 mg tab	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
vigpoder 500 mg packet	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

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

## ANTIDEMENCIALES

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

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)	gen
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)	gen

### ANTIDEMENCIALES, OTROS

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

## INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	gen
donepezil hcl 23 mg tab	gen
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	gen

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<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
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

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

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

## INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	npd	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</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, 20 mg/10ml solution, 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, 10 mg/10ml solution, 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	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 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
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er 24h, er 25 mg tab er 24h, er 37.5 mg tab er 24h)	gen	
paroxetine mesylate 7.5 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	spec	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (20 mg/ml conc, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	gen	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	npd	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	gen	
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er 24h, er 150 mg cap er 24h)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er (er 75 mg cap er 24h, er 75 mg tab er 24h)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er 150 mg tab er 24h	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab er 24h	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

## TRICÍCLICOS

amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	
doxepin hcl (10 mg cap, 10 mg/ml conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	gen	
protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	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
<b>ANTIEMÉTICOS</b>		
<b>ANTIEMÉTICOS, OTROS</b>		
compro 25 mg suppos	gen	
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg tab dr	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	gen	
metoclopramide hcl (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution)	gen	
METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	gen	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	npd	
perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)	gen	
prochlorperazine 25 mg suppos	gen	
prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
promethazine hcl (12.5 mg suppos, 12.5 mg tab, 25 mg suppos, 25 mg tab, 50 mg tab)	gen	PA
promethegan (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)	gen	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	gen	
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	gen	
<b>COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA</b>		
aprepitant (80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc, 80 mg cap, 125 mg cap)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	gen	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	gen	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	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
ondansetron hcl 4 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	gen	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

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

## ANTIESPÁSTICOS

baclofen 10 mg tab	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
baclofen 15 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
baclofen 20 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
baclofen 5 mg tab	gen	QL (16 PER 1 DAYS)
dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	gen	
tizanidine hcl (2 mg cap, 2 mg tab, 4 mg cap, 4 mg tab, 6 mg cap)	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
caspofungin acetate (50 mg recon soln, 70 mg recon soln)	npd	PA
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	gen	
econazole nitrate 1 % cream	gen	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	gen	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	npd	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	gen	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	gen	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	gen	
GYNAZOLE-12 % CREAM	gen	
itraconazole 10 mg/ml solution	gen	PA
itraconazole 100 mg cap	gen	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	gen	
klayesta 100000 unit/gm powder	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>	npd	
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>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIGOTOSOS

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

## ANTIJAQUECOSOS

AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	gen	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act solution, 20 mg/act solution)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)

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 solution)</i>	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE 6 MG/0.5ML SOLN PRSYR	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 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)

## 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
<i>PRIFTIN 150 MG 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
pyrazinamide 500 mg tab	gen	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	gen	
rifampin 600 mg recon soln	npd	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	spec	PA
TRECATOR 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
thiotepa (15 mg recon soln, 100 mg recon soln)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION

### ANTIANDRÓGENOS

abiraterone acetate 250 mg tab	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	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
EULEXIN 125 MG CAP	gen	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	gen	
nilutamide 150 mg tab	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

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
XTANDI 40 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## ANTIANGIOGÉNICOS

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

## ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES

<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 2000 mg/100ml suspension</i>	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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
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 160 MG CAP	spec	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

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
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>	npd	
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	gen	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	spec	LA, QL (100 PER 28 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>	npd	
<i>mesna 400 mg tab</i>	gen	
VONJO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## INHIBIDORES DE ENZIMAS

LAZCLUZE 240 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN

<i>anastrozole 1 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
exemestane 25 mg tab	gen	
letrozole 2.5 mg tab	gen	
<b>INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES</b>		
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
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

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
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
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
GOMEKLI 1 MG CAP	spec	QL (126 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
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	spec	QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	spec	QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	spec	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	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
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	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

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
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
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 240 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	spec	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	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

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
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
REVUFORJ 110 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	spec	LA, QL (8 PER 28 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
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

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

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
sunitinib malate 12.5 mg cap	spec	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	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
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

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
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 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
VORANIGO 10 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 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) 10 MG TAB THPK	spec	LA, QL (16 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
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

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
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
<b>RETINOIDEOS</b>		
bexarotene 1 % gel	spec	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	gen	
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
<b>ANTIHELMÍNTICOS</b>		
albendazole 200 mg tab	npd	
ivermectin 3 mg tab	gen	
praziquantel 600 mg tab	gen	
<b>ANTIPROTOZOICOS</b>		
ALINIA 100 MG/5ML RECON SUSP	npd	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
atovaquone 750 mg/5ml suspension	gen	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)	gen	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	npd	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	npd	QL (720 PER 365 OVER TIME)
chloroquine phosphate 250 mg tab	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
chloroquine phosphate 500 mg tab	gen	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	brd	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	gen	
nitazoxanide 500 mg tab	gen	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	gen	
pyrimethamine 25 mg tab	spec	PA
quinine sulfate 324 mg cap	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

## ANTIPARKINSONIANOS

### AGONISTAS DE LA DOPAMINA

apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart	spec	PA
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	gen	
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)	gen	
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)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	gen	
ropinirole hcl er (er 2 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h, er 6 mg tab er 24h)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

## ANTICOLINÉRGICOS

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

## ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab)	gen	
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)	gen	
entacapone 200 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
<b>INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)</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	
<b>PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA</b>		
<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	
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>		
<b>ANTIPSYCHOTICS, OTHER</b>		
<i>COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>COBENFY STARTER PACK 50-20 &amp; 100-20 MG CAP THPK</i>	spec	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS</b>		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>chlorpromazine hcl (25 mg/ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	npd	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	npd	
<i>FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC, 10 MG TAB)</i>	gen	
<i>FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION</i>	npd	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution)</i>	brd	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	gen	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	brd	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	gen	

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 10 MG TAB	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	gen	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	gen	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	

## RESISTENTES AL TRATAMIENTO

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

## SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS

ABILIFY ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
ABILIFY 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	npd	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>	npd	
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

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
quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)	gen	
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)	gen	
REXULTI (0.25 MG TAB, 1 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REXULTI (0.5 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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)	gen	
risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)	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
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	gen	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	npd	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIVÍRICOS

### ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

LIVTENCY 200 MG TAB	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	spec	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)
valganciclovir hcl 450 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	gen	QL (18 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
------------------------	-------	--------------------

## ANTIGRIPALES

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	gen	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	gen	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	gen	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	gen	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	gen	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1X 40 MG TAB THPK	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1X 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)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	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, 800 mg/20ml suspension)</i>	gen	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	gen	

## ANTIRRETRÓVÍRICOS, 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)

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
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS (25 MG CHEW TAB, 100 MG CHEW TAB)	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	brd	QL (6 PER 1 DAYS)

## ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

APTIVUS 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)

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
VIRACEPT 625 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
<b>ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)</b>		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	brd	QL (6 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>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 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)
<b>ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)</b>		
<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)

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>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, 300 mg/30ml 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)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	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
<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 300 MG TAB	spec	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
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

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
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS</b>		
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	gen	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	gen	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	gen	QL (11 PER 30 OVER TIME)
<b>BIPOLARES</b>		
<b>ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO</b>		
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	
<b>BUCODENTALES</b>		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	gen	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	gen	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	gen	
<i>oralone 0.1 % paste</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	
<b>CARDIOVASCULARES</b>		
<b>AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
<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)

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>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	

## 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
<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	
<i>MULTAQ 400 MG TAB</i>	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	

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
propafenone hcl er (er 225 mg cap er 12h, er 325 mg cap er 12h, er 425 mg cap er 12h)	gen	
quinidine gluconate er 324 mg tab er	gen	
quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)	gen	
sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)	gen	
sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)	gen	
sotalol hcl (af) ((af) 80 mg tab, (af) 120 mg tab, (af) 160 mg tab)	gen	

## BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA

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

## BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	gen	
atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)	gen	
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)	gen	ST
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	gen	
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)	gen	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	gen	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
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)	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
propranolol 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)	gen	
timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	gen	

## BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

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

## BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

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

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

## NOMBRE DEL MEDICAMENTO

## NIVEL

## REQUISITOS/LÍMITES

diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)

gen

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)

gen

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)

gen

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)

gen

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)

gen

verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)

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

acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)

gen

aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)

gen

amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab

gen

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)

gen

amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)

gen

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)

gen

amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 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>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	
<i>CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)</i>	gen	
<i>CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION</i>	npd	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	gen	
<i>ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)</i>	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)</i>	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	
<i>METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)</i>	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
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	

## DISLIPIDÉMICOS, OTROS

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

## DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

amiloride hcl 5 mg tab	gen	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	gen	
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)	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>	npd
<i>furosemide (8 mg/ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	npd
<i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen

## DIURÉTICOS, TIAZIDAS

<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen
<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
<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

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

## VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	gen	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 120 mg tab er 24h)	gen	
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)	gen	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	brd	
NITRO-DUR (0.3 MG/HR PATCH 24HR, 0.8 MG/HR PATCH 24HR)	brd	
NITRO-TIME (2.5 MG CAP ER, 6.5 MG CAP ER, 9 MG CAP ER)	gen	
nitroglycerin (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)	gen	
nitroglycerin 0.4 % ointment	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

accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	gen	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	gen	
adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)	gen	PA
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	gen	

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

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

## ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

acyclovir 5 % cream	gen	PA, QL (5 PER 30 DAYS)
acyclovir 5 % ointment	gen	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	gen	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution)	gen	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	gen	
clindacin 1 % foam	gen	
clindacin etz 1 % swab	gen	
clindacin-p 1 % swab	gen	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	gen	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	gen	
clindamycin phosphate (1 % foam, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	gen	
dapsone (5 % gel, 7.5 % gel)	gen	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ERY 2 % PAD	gen	
erythromycin (2 % gel, 2 % solution)	gen	
mafenide acetate 5 % packet	gen	
mupirocin 2 % ointment	gen	
penciclovir 1 % cream	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 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>	gen	
<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
<i>DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM</i>	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	
<i>flurandrenolide (0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</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>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
<i>HYDROCORTISONE BUTYRATE (0.1 % OINTMENT, 0.1 % SOLUTION)</i>	gen	
<i>HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1 % CREAM</i>	gen	ST
<i>hydrocortisone valerate (0.2 % cream, 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, EDC
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	gen	

## DERMATOLÓGICOS, OTROS

<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	gen
<i>ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION</i>	brd
<i>avar-e emollient 10-5 % cream</i>	gen
<i>avar-e green 10-5 % cream</i>	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
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment, 0.005 % solution)	gen	
calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment	gen	PA, QL (400 PER 30 OVER TIME)
calcitrene 0.005 % ointment	gen	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	gen	QL (800 PER 28 OVER TIME)
clotrimazole-betamethasone (1-0.05 % cream, 1-0.05 % lotion)	gen	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	gen	
EPIFOAM 1-1 % FOAM	brd	
fluorouracil (2 % solution, 5 % cream, 5 % solution)	gen	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	gen	
imiquimod 5 % cream	gen	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	gen	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	gen	
medpura alcohol pads 70 % misc	gen	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	gen	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	gen	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
podofilox 0.5 % solution	gen	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	brd	
PROCTOFOAM HC 1-1 % FOAM	brd	
qc alcohol 70 % misc	gen	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	gen	
REGRANEX 0.01 % GEL	brd	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	brd	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	gen	
ssd 1 % cream	gen	
SSS 10-5 (10-5 10-5 % CREAM, 10-5 10-5 % FOAM)	gen	EDC
sulfacetamide sodium-sulfur (10-5 % cream, 10-5 % lotion, 10-5 % suspension)	gen	EDC
TOLAK 4 % CREAM	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
VALCHLOR 0.016 % GEL	spec	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS</b>		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	gen	
<i>permethrin 5 % cream</i>	gen	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	gen	QL (240 PER 30 DAYS)
<b>ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS</b>		
<b>MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES</b>		
CHEMET 100 MG CAP	brd	
<i>cloveique 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)
<b>QUELANTES DE POTASIO</b>		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	gen	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	brd	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	gen	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION, SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION)	gen	
<b>SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES</b>		
AMINOSYN II 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMINOSYN-PF 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dextrose (5 % solution, 10 % solution)</i>	npd	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	npd	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	npd	

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

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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)	npd	
effer-k 25 meq effer tab	gen	EDC
k-prime 25 meq effer tab	gen	EDC
KCL (0.149%) IN NACL 20-0.9 MEQ/L-% SOLUTION	npd	
KCL (0.298%) IN NACL 40-0.9 MEQ/L-% SOLUTION	npd	
kcl in dextrose-nacl ( 20-5-0.2 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)	npd	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	npd	
klor-con (8 tab er, 20 packet)	gen	
klor-con 10 10 meq tab er	gen	
klor-con m10 10 meq tab er	gen	
klor-con m15 15 meq tab er	gen	
klor-con m20 20 meq tab er	gen	
klor-con/ef 25 meq effer tab	gen	EDC
lactated ringers solution	npd	
magnesium sulfate 50 % solution	npd	
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
multi-vitamin/fluoride/iron 0.25-10 mg/ml solution	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
nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab	gen	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	npd	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	brd	
POLY-VI-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
potassium chloride (10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)	gen	
potassium chloride (2 meq/ml solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 40 meq/100ml solution)	npd	
potassium chloride crys er (crys er 10 tab er, crys er 15 tab er, crys er 20 tab er)	gen	
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)	gen	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	npd	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	npd	
potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)	gen	
PREMASOL 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	brd	
QUFLORA PEDIATRIC (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
ringers solution	npd	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	npd	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	npd	
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)	gen	
TPN ELECTROLYTES CONC	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

## VITAMINAS

cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution	gen	EDC
dodex 1000 mcg/ml solution	gen	EDC
folic acid 1 mg tab	gen	EDC
TRI-VITE/FLUORIDE (TRI-VITE/FLUORIDE 0.25 MG/ML SOLUTION, TRI-VITE/FLUORIDE 0.5 MG/ML SOLUTION)	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
<b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>		
<b>AMINOSALICILATOS</b>		
balsalazide disodium 750 mg cap	gen	
DIPENTUM 250 MG CAP	npd	PA
mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)	gen	
mesalamine (400 mg cap dr, 800 mg tab dr)	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
mesalamine 1.2 gm tab dr	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine er 500 mg cap er	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	gen	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
budesonide 3 mg cp dr part	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
budesonide er 9 mg tab er 24h	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	brd	
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema)	gen	
<b>ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>		
alendronate sodium (5 mg tab, 10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab, 70 mg/75ml solution)	gen	
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	gen	QL (3.7 PER 30 DAYS)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap, 1 mcg/ml solution)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap	gen	EDC
ibandronate sodium 150 mg tab	gen	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)	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>paricalcitol (2 mcg/ml solution, 5 mcg/ml solution)</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	npd	PA
<i>risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab, 35 mg tab, 35 mg tab dr, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	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>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

## GASTROINTESTINALES

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

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

### ANTIDIARREICOS

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

### ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

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

## ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

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

## GASTROINTESTINALES, OTROS

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

## INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

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

## PROTECTORES

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

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

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

## GENITOURINARIOS

### ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

<i>darifenacin hydrobromide 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	
<i>GEMTESA 75 MG TAB</i>	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)</i>	brd	
<i>MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER</i>	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>solifenacina succinato (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>trospium chloride 20 mg tab</i>	gen	
<i>trospium 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	
<i>CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACKET</i>	gen	EDC
<i>ELMIRON 100 MG CAP</i>	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
<i>phospho-trin k500 500 mg tab</i>	gen	EDC
<i>pot &amp; 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

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
sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	QL (8 PER 30 DAYS), EDC
sod citrate-citric acid (1.5-1 gm/15ml solution, 3-2 gm/30ml solution, 500-334 mg/5ml solution)	gen	EDC
tricitrates 550-500-334 mg/5ml solution	gen	EDC
vardenafil hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 20 mg tab)	gen	PA, QL (8 PER 30 DAYS), EDC

## HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

## HEMOPERIVADOS Y MODIFICADORES

### ANTICOAGULANTES

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

## HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	gen	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 40 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 60 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 100 MCG/ML SOLUTION)	npd	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, (FREE) 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 200 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR)	spec	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	spec	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML 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
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	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	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)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PROSTAGLANDINS)

MUSE (250 MCG PELLET, 500 MCG PELLET, 1000 MCG PELLET)	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	

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
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	npd	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	npd	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG KIT, (3-MONTH) 22.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	spec	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	spec	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution)</i>	npd	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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)	npd	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>	npd	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	npd	
<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

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

## 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 &amp;0.01 mg tab</i>	gen
<i>amethyst 90-20 mcg tab</i>	gen
<i>api 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen
<i>ashlyna 0.15-0.03 &amp;0.01 mg tab</i>	gen
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen

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
aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab	gen	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab	gen	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab	gen	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	gen	
caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab	gen	
charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab	gen	
chateal 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	brd	QL (4 PER 28 DAYS)
covaryx 1.25-2.5 mg tab	gen	EDC
covaryx hs 0.625-1.25 mg tab	gen	EDC
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab	gen	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	npd	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	gen	
dolishale 90-20 mcg 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
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)	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
DROSPIREN-ETH ESTRAD-LEVOMEFOL (3-0.02-0.451 MG TAB, 3-0.03-0.451 MG TAB)	gen	
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	gen	
eemt 1.25-2.5 mg tab	gen	EDC
eemt hs 0.625-1.25 mg tab	gen	EDC
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	gen	
emoquette 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	gen	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	gen	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
est estrogens-methyltest (0.625-1.25 mg tab, 1.25-2.5 mg tab)	gen	EDC
est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab	gen	EDC
est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab	gen	EDC
estarrylla 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
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)	gen	QL (16 PER 28 DAYS)
estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)	gen	QL (8 PER 28 DAYS)
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)	gen	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	gen	
estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)	gen	
estratest h.s. 0.625-1.25 mg tab	gen	EDC
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	brd	QL (1 PER 84 OVER TIME)
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 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
etongestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	gen	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
fayosim 42-21-21-7 days tab	gen	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
femynor 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab	gen	
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	gen	
galbriela 0.8-25 mg-mcg chew tab	gen	
gemmafly 1-20 mg-mcg(24) cap	gen	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
hailey 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab	gen	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	gen	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	gen	
introvale 0.15-0.03 mg tab	gen	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	gen	
jasmiel 3-0.02 mg tab	gen	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	gen	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	gen	
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	gen	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
junel fe 24 1-20 mg-mcg(24) tab	gen	
kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab	gen	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg 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
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	gen	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
larin 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab	gen	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
larissia 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
layolis fe 0.8-25 mg-mcg chew tab	gen	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	gen	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	gen	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	gen	
levonorgest-eth est & eth est 42-21-21-7 days tab	gen	
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)	gen	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	gen	
levonorgestrel-ethynodiol-estradiol (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab, 90-20 mcg tab)	gen	
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
lillow 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	gen	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	gen	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	gen	
loryna 3-0.02 mg tab	gen	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
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)	gen	QL (16 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
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)</i>	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>mil 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	gen	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	gen	
<i>mono-lynnya 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>norethrin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1-20 mg-mcg(24) cap, 1-20 mg-mcg(24) chew tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	gen	
<i>norethrin-eth estradiol-fe (0.4-35 chew tab, 0.8-25 chew tab)</i>	gen	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	gen	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)</i>	gen	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	

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
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
nymyo 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
ocella 3-0.03 mg tab	gen	
orsythia 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab	gen	
pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	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	
previfem 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
rivelsa 42-21-21-7 days tab	gen	
rosyrah 42-21-21-7 days tab	gen	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	gen	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	gen	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
syeda 3-0.03 mg tab	gen	
tarina 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab	gen	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	gen	
taysofy 1-20 mg-mcg(24) cap	gen	
tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	gen	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-estarrylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg 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
tri-lynayah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-lo-estarrylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	gen	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab	gen	
trivora (28) 50-30/75-40/125-30 mcg tab	gen	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	gen	
tydemy 3-0.03-0.451 mg tab	gen	
valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab	gen	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	gen	
vestura 3-0.02 mg tab	gen	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	gen	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	gen	
xarah fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	gen	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	gen	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	gen	
yuvaferm 10 mcg tab	gen	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	gen	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	gen	
zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab	gen	
zumandimine 3-0.03 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
<b>MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS</b>		
OSPHENA 60 MG TAB	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>PROGESTINAS</b>		
camila 0.35 mg tab	gen	
deblitane 0.35 mg tab	gen	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	brd	
emzahh 0.35 mg tab	gen	
errin 0.35 mg tab	gen	
gallifrey 5 mg tab	gen	
heather 0.35 mg tab	gen	
incassia 0.35 mg tab	gen	
jencycla 0.35 mg tab	gen	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
lyleq 0.35 mg tab	gen	
lyza 0.35 mg tab	gen	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	gen	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
megestrol acetate 625 mg/5ml suspension	gen	PA
meleya 0.35 mg tab	gen	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	brd	
nora-be 0.35 mg tab	gen	
norethindrone 0.35 mg tab	gen	
norethindrone acetate 5 mg tab	gen	
norlyda 0.35 mg tab	gen	
norlyroc 0.35 mg tab	gen	
progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)	gen	
sharobel 0.35 mg tab	gen	
tulana 0.35 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
<b>HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)</b>		
<b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)</b>		
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	npd	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	npd	
<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>	npd	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	npd	
<i>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	EDC
ARMOUR THYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB, 180 MG TAB, 240 MG TAB, 300 MG TAB)	brd	EDC
euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	gen	
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)	brd	
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)	gen	
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)	brd	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	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
RENTHYROID (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB, 90 MG TAB, 120 MG TAB)	brd	
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

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>unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	brd	

## HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

### ANTITIROIDEOS

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

### INMUNOLÓGICOS

#### ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

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

### INMUNOESTIMULANTES

<i>ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION</i>	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR</i>	spec	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR</i>	spec	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
<i>PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION</i>	spec	PA, QL (4 PER 30 DAYS)

### INMUNOGLOBULINAS

<i>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)</i>	spec	PA
<i>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)</i>	spec	PA, LA

### INMUNOLÓGICOS, OTROS

<i>ARCALYST 220 MG RECON SOLN</i>	spec	PA, LA
<i>AURANOFIN 3 MG CAP</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
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
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)

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 (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)
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

azasan (75 mg tab, 100 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine 50 mg/ml solution	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	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)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	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)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	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
methotrexate sodium (pf) ((pf) 1 gm/40ml solution, (pf) 50 mg/2ml solution, (pf) 250 mg/10ml solution, (pf) 1000 mg/40ml solution)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 1 gm recon soln	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	gen	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil 500 mg recon soln	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	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
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	spec	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	spec	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	spec	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	spec	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	spec	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	spec	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	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

ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	brd	VAC
ACTHIB RECON SOLN	brd	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	brd	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	brd	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	brd	VAC

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

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
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	npd	
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 (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	brd	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	brd	VAC
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	
IPOLE INJECTABLE	brd	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	npd	
IXIARO SUSPENSION	npd	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	brd	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	
M-M-R II RECON SOLN	brd	VAC
MENACTRA SOLUTION	brd	VAC
MENQUADFI SOLUTION	brd	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	brd	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	brd	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	brd	
PENTACEL RECON SUSP	brd	
PRIORIX RECON SUSP	brd	VAC
PROQUAD RECON SUSP	brd	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	
RABAVERT RECON SUSP	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
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
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	brd	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	brd	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	brd	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	npd	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	brd	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	brd	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	brd	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	npd	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	npd	
VIVOTIF CAP DR	npd	
YF-VAX INJECTABLE	npd	VAC

## MIORRELAJANTES

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

## OFTÁLMICOS

### OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

azelastine hcl 0.05 % 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
<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	
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

bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution	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	

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
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)
<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	brd
BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION	brd
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	gen
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	gen
<i>timolol hemihydrate 0.5 % solution</i>	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

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>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>bacitracin-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
BLEPHAMIDE 10-0.2 % SUSPENSION	brd	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 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 (0.1 % suspension, 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)

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
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	gen	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	brd	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	gen	
XDEMVY 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

acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	gen	
glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)	gen	
glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)	gen	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	gen	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	gen	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	gen	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	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)

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

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)	gen	
metformin hcl er (er 500 mg tab er 24h, er 750 mg tab er 24h)	gen	
miglitol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	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)
nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)	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)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	gen	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	gen	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<b>GLUCÉMICOS</b>		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon emergency 1 mg kit</i>	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<b>INSULINAS</b>		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	brd	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	brd	INS
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	brd	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 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
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)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>	spec	PA, 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

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

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
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	gen	QL (30 PER 1 DAYS)

## SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

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

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

amphetamine sulfate 10 mg tab	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
amphetamine sulfate 5 mg tab	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
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)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)	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
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 5 mg/5ml solution	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap er 24h	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24h	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
lisdexamphetamine 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)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
procentra 5 mg/5ml solution	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
zenzedi 15 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
zenzedi 20 mg tab	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
zenzedi 30 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

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

atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
clonidine hcl er 0.1 mg tab er 12h	gen	
dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
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)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
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)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (10 mg chew tab, 10 mg tab)	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
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab, 20 mg tab)	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
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)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (cd) 30 mg cap er	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)
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)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap er 24h	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (osm) (er (osm) 18 mg tab er, er (osm) 27 mg tab er, er (osm) 54 mg tab er)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er (osm) 36 mg tab er	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

## TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	brd	
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER MV MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	brd	EDC
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE (DEVICE, 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
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	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	gen	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	gen	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
<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	

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**

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 VALVED MDI CHAMBER DEVICE	brd	EDC
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	gen	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (15/64" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.5 ML MISC, 15/64" 1 ML MISC)	brd	
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	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	gen	

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

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>NIVEL</b>	<b>REQUISITOS/LÍMITES</b>
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 1/4" 0.3 ML MISC, 31G 1/4" 0.5 ML MISC, 31G 1/4" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	brd	
DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 10MM MISC, PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC)	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 (29G 5/16" 0.5 ML MISC, 29G 5/16" 1 ML MISC, 31G 1/2" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC)	brd	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	brd	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	brd	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	brd	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (U/F 1/2 15/64" 0.3 ML MISC, U/F 1/2 5/16" 0.3 ML MISC)	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 (27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML 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
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	brd	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (U/F 30G 1/2" 0.3 ML MISC, U/F 30G 1/2" 0.5 ML MISC, U/F 30G 1/2" 1 ML MISC, U/F 31G 15/64" 0.3 ML MISC, U/F 31G 15/64" 0.5 ML MISC, U/F 31G 15/64" 1 ML MISC, U/F 31G 5/16" 0.3 ML MISC, U/F 31G 5/16" 0.5 ML MISC, U/F 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	brd	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	brd	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F (PEN U/F 29G 12.7MM MISC, PEN U/F 31G 5 MM MISC, PEN U/F 31G 8 MM MISC, PEN U/F 32G 6 MM MISC)	brd	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	brd	
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC DEVICE	brd	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	
GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	brd	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	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 PEN NEEDLES	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
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	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	brd	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	gen	
<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	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
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
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	npd	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32G X 4 MM MISC	brd	
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
PENBRAYA RECON SUSP	brd	VAC
POCKET CHAMBER DEVICE	brd	EDC
POCKET SPACER 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	

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
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
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 32G 8 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC, PEN 33G 8 MISC)	brd	
<i>ringers irrigation solution</i>	gen	
RITEFLO DEVICE	brd	EDC
<i>saline bacteriostatic 0.9 % solution</i>	npd	EDC
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	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride bacteriostatic 0.9 % solution</i>	npd	EDC
<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	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	brd	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 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
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK DEVICE	brd	EDC
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	EDC
VOWST CAP	spec	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
<i>water for irrigation, sterile solution</i>	gen	
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	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)
<i>OPSUMIT 10 MG TAB</i>	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	spec	PA, QL (12 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sildenafil citrate 20 mg tab	gen	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

## ANTIHISTAMÍNICOS

azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	gen	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	gen	
cycloheptadine hcl 4 mg tab	gen	PA
DESLORATADINE (2.5 MG TAB DISP, 5 MG TAB DISP)	gen	ST
desloratadine 5 mg tab	gen	
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 10 mg/5ml syrup, 25 mg tab, 50 mg tab)	gen	PA
hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	gen	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	gen	
olopatadine hcl 0.6 % solution	gen	QL (30.5 PER 30 DAYS)
promethazine hcl (6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg/10ml solution)	gen	PA

## ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (30 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	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

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

## BRONCODILATADORES, 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)
ipratropium bromide 0.02 % solution	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
ipratropium bromide 0.03 % solution	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	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)
tiotropium bromide monohydrate 18 mcg cap	brd	QL (30 PER 30 DAYS)

## BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS

albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	gen	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	gen	QL (13.4 PER 30 DAYS)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	gen	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)	gen	
ALBUTEROL SULFATE ER (ER 4 MG TAB ER 12H, ER 8 MG TAB ER 12H)	gen	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	gen	QL (17 PER 30 DAYS)
arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)	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)
terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	gen	
terbutaline sulfate 1 mg/ml solution	npd	

## ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	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
<b>FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA</b>		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	spec	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	spec	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>		
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
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	spec	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	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)
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS</b>		
caffeine citrate (20 mg/ml solution, 60 mg/3ml solution)	gen	
elioxophyllin 80 mg/15ml elixir	gen	
roflumilast 250 mcg tab	gen	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
THEO-24 (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 400 MG CAP ER 24H)	brd	
theophylline (80 mg/15ml elixir, 80 mg/15ml solution)	gen	
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)	gen	
<b>TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL</b>		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	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)

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
azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension	gen	QL (23 PER 30 DAYS)
benzonatate (100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)	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)
breyna (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)	brd	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	brd	QL (10.7 PER 30 DAYS)
bromfed dm 2-30-10 mg/5ml syrup	gen	EDC
bromphen-pseudoeph-dm 2-30-10 mg/5ml syrup	gen	EDC
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)	brd	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	gen	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	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)
g tussin ac 100-10 mg/5ml solution	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
guaiatussin ac 100-10 mg/5ml syrup	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml solution, 200-20 mg/10ml solution)	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
hydromet 5-1.5 mg/5ml solution	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, 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
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
maxi-tuss ac 100-10 mg/5ml solution	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
mometasone furoate 50 mcg/act suspension	gen	QL (34 PER 30 DAYS)
nebusal 3 % nebu soln	gen	EDC
PROMETHAZINE VC 6.25-5 MG/5ML SYRUP	gen	PA
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml syrup	gen	PA, EDC
promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup	gen	PA
pseudoeph-bromphen-dm 30-2-10 mg/5ml syrup	gen	EDC
pulmosal 7 % nebu soln	gen	EDC
sodium chloride (3 % nebu soln, 7 % nebu soln, 10 % nebu soln)	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)
virtussin a/c 100-10 mg/5ml solution	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
virtussin ac w/alc 100-10 mg/5ml liquid	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, EDC
wixela inhba (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	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
betaine powder	spec	
carglumic acid 200 mg tab sol	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
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</i> -glutamine 5 gm packet	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)	gen	
levocarnitine sf 1 gm/10ml solution	gen	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	spec	PA
PROLASTIN-C 1000 MG RECON SOLN	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLASTIN-C 1000 MG/20ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	spec	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	spec	PA

## TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

### DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

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

## EUGEROICOS

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

## ÓTICOS

acetic acid 2 % solution	gen	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	npd	
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	gen	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	gen	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	brd	
DERMOTIC 0.01 % OIL	brd	
flac 0.01 % oil	gen	
fluocinolone acetonide 0.01 % oil	gen	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	gen	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	gen	
ofloxacin 0.3 % solution	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.....	56
abacavir sulfate-lamivudine.....	56
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	56
ABELCET.....	34
ABILIFY ASIMTUFII.....	51
ABILIFY MAINTENA.....	51
abiraterone acetate.....	37
abirtega.....	37
ABRYSVO.....	98
acamprosate calcium.....	18
acarbose.....	104
accutane.....	67
acebutolol hcl.....	60
acetaminophen-codeine.....	13
acetazolamide.....	62
acetazolamide er.....	102
acetic acid.....	124
acetylcysteine.....	120
acitretin.....	67
ACTHIB.....	98
ACTIMMUNE.....	95
acyclovir.....	54,68
acyclovir sodium.....	54
ADACEL.....	98
adapalene.....	67
adefovir dipivoxil.....	54
ADEMPAS.....	117
ADTHYZA.....	94
ADVAIR HFA.....	120
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	110
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER.....	110
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	110
AEROCHAMBER MV.....	110
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE.....	110
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	110
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM.....	110
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE.....	110
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM.....	111
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL.....	111

AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK.....	111
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	111
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL.....	111
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	111
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR.....	111
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE.....	111
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM.....	111
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL.....	111
AEROVENT PLUS.....	111
afirmelle.....	84
AIMOVIG.....	36
ak-poly-bac.....	103
AKEEGA.....	38
ala-cort.....	69
albendazole.....	48
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	119
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	119
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN).....	119
albuterol sulfate.....	119
ALBUTEROL SULFATE ER.....	119
albuterol sulfate hfa.....	119
alclometasone dipropionate.....	69
ALCOHOL 70% PADS.....	111
ALCOHOL PREP.....	111
ALCOHOL PREP PADS.....	111
ALCOHOL SWABS.....	111
ALCOHOL SWABSTICK.....	111
alcohol wipes.....	70
ALDURAZYME.....	122
ALECENSA.....	40
alendronate sodium.....	75
alfuzosin hcl er.....	80
ALINIA.....	48
aliskiren fumarate.....	62
allopurinol.....	35
alosetron hcl.....	76
alprazolam.....	17
alprazolam er.....	17
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	17

alprazolam xr.....	.17	anucort-hc.....	69
altavera.....	84	anusol-hc.....	.69
ALUNBRIG.....	40	apomorphine hcl.....	.49
alyacen 1/35.....	84	apraclonidine hcl.....	102
alyacen 7/7/7.....	84	aprepitant.....	.33
alyq.....	117	apri.....	84
amabelz.....	84	APTIOM.....	27
amantadine hcl.....	49	APTIVUS.....	.55
ambrisentan.....	117	AQ INSULIN SYRINGE.....	111
amethia.....	84	AQINJECT PEN NEEDLE.....	111
amethyst.....	84	aranelle.....	84
amikacin sulfate.....	19	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	81
amiloride hcl.....	65	ARCALYST.....	.95
amiloride-hydrochlorothiazide.....	62	AREXVY.....	.98
AMINOSYN II.....	72	arformoterol tartrate.....	119
AMINOSYN-PF.....	72	argyle sterile water.....	111
amiodarone hcl.....	59	ARIKAYCE.....	.19
amitriptyline hcl.....	32	ariPIPrazole.....	51
amlodipine besy-benazepril hcl.....	62	ARISTADA.....	.51
amlodipine besylate.....	61	ARISTADA INITIO.....	.51
amlodipine besylate-valsartan.....	62	armodafinil.....	124
amlodipine-atorvastatin.....	62	ARMOUR THYROID.....	.94
amlodipine-olmesartan.....	62	ARNUITY ELLIPTA.....	.118
amlodipine-valsartan-hctz.....	63	ascomp-codeine.....	.13
ammonium lactate.....	69	asenapine maleate.....	.51
amnesteem.....	67	ashlyna.....	84
amoxapine.....	32	aspirin-dipyridamole er.....	82
amoxicillin.....	21	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	111
amoxicillin-pot clavulanate.....	22	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	111
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	22	atazanavir sulfate.....	55
amphetamine sulfate.....	108	atenolol.....	60
amphetamine-dextroamphet er.....	108	atenolol-chlorthalidone.....	63
amphetamine-dextroamphetamine.....	108	atomoxetine hcl.....	109
AMPHOTERICIN B.....	34	atorvastatin calcium.....	64
ampicillin.....	22	atovaquone.....	48
ampicillin sodium.....	22	atovaquone-proguanil hcl.....	48
ampicillin-sulbactam sodium.....	22	atropine sulfate.....	.76,103
anagrelide hcl.....	81	ATROVENT HFA.....	.118
ANALPRAM-HC.....	70	aubra.....	84
anastrozole.....	.39	aubra eq.....	84
ANORO ELLIPTA.....	120	AUGMENTIN.....	22

AUGTYRO	38	BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	111
AUM ALCOHOL PREP PADS	111	BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	111	MISC	112
AUM PEN NEEDLE	111	BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM	
AURANOFIN	95	MISC	112
aurovela 1.5/30	84	BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM	
aurovela 1/20	84	MISC	112
aurovela 24 fe	85	benazepril hcl	66
aurovela fe 1.5/30	85	benazepril-hydrochlorothiazide	63
aurovela fe 1/20	85	BENLYSTA	96
AUVELITY	30	BENZNIDAZOLE	48
avar-e emollient	70	benzonatate	121
avar-e green	70	benzoyl peroxide-erythromycin	68
aviane	85	benztropine mesylate	49
avidoxy	24	bepotastine besilate	101
ayuna	85	BESIVANCE	23
AYVAKIT	40	BESREMI	95
azasan	97	betaine	122
azathioprine	97	betamethasone dipropionate	69
AZATHIOPRINE SODIUM	97	betamethasone dipropionate aug	69
azelaic acid	68	betamethasone valerate	69
azelastine hcl	100,118	BETASERON	107
azelastine-fluticasone	121	betaxolol hcl	60,102
azithromycin	23	bethanechol chloride	79
aztreonam	19	BETIMOL	102
azurette	85	BETOPTIC-S	102

## B

bac (butalbital-acetamin-caff)	108	bexarotene	48
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	103	BEXZERO	98
BACITRACIN	101	bicalutamide	37
bacitracin-polymyxin b	103	BICILLIN C-R	22
baclofen	34	BICILLIN C-R 900/300	22
balsalazide disodium	75	BICILLIN L-A	22
BALVERSA	40	BIKTARVY	54
balziva	85	bimatoprost	102
BAQSIMI ONE PACK	106	BIOGUARD GAUZE SPONGES	112
BAQSIMI TWO PACK	106	bisoprolol fumarate	60
BARACLUDE	54	bisoprolol-hydrochlorothiazide	63
BCG VACCINE	98	BLEPHAMIDE	103
BD INSULIN SYRINGE	111	blisovi 24 fe	85
		blisovi fe 1.5/30	85
		blisovi fe 1/20	85

BOOSTRIX.....	.99	butorphanol tartrate.....	13
bosentan.....	117		
BOSULIF.....	40		
BRAFTOVI.....	40		
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT.....	112		
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD.....	112		
BREATHE EASE LARGE.....	112		
BREATHE EASE MEDIUM.....	112		
BREATHE EASE SMALL.....	112		
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	112		
BREO ELLIPTA.....	121		
breyna.....	121		
BREZTRI AEROSPHERE.....	121		
briellyn.....	85		
BRILINTA.....	82		
brimonidine tartrate.....	102		
brimonidine tartrate-timolol.....	103		
brinzolamide.....	103		
BRIVIACT.....	25		
bromfed dm.....	121		
bromfenac sodium (once-daily).....	101		
bromocriptine mesylate.....	49		
bromphen-pseudoeph-dm.....	121		
BRUKINSA.....	40		
budesonide.....	75,118		
budesonide er.....	75		
budesonide-formoterol fumarate.....	121		
bumetanide.....	66		
buprenorphine.....	14		
buprenorphine hcl.....	18		
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	18		
bupropion hcl.....	30		
bupropion hcl er (smoking det).....	18		
bupropion hcl er (sr).....	30		
bupropion hcl er (xl).....	30		
buspirone hcl.....	17		
butalbital-acetaminophen.....	108		
butalbital-apap-caff-cod.....	13		
butalbital-apap-caffeine.....	108		
butalbital-asa-caff-codeine.....	13		
butalbital-aspirin-caffeine.....	15		
		CABENUVA.....	57
		cabergoline.....	82
		CABLIVI.....	82
		CABOMETYX.....	40
		caffeine citrate.....	120
		calcipotriene.....	71
		calcipotriene-betameth diprop.....	71
		calcitonin (salmon).....	75
		calcitrene.....	71
		CALCITRIOL.....	71,75
		calcitriol.....	75
		CALQUENCE.....	40
		camila.....	92
		camrese.....	85
		camrese lo.....	85
		candesartan cilexetil.....	59
		candesartan cilexetil-hctz.....	63
		CAPLYTA.....	.51
		CAPRELSA.....	40
		captopril.....	66
		CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	63
		carbamazepine.....	27
		carbamazepine er.....	27
		carbidopa.....	50
		CARBIDOPA-LEVODOPA.....	50
		carbidopa-levodopa er.....	50
		carbidopa-levodopa-entacapone.....	49
		CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	112
		carglumic acid.....	122
		carisoprodol.....	100
		CARTEOLOL HCL.....	102
		cartia xt.....	61
		carvedilol.....	60
		carvedilol phosphate er.....	60
		caspofungin acetate.....	34
		cataflam.....	15
		CAYSTON.....	19
		caziant.....	85

## C

		CABENUVA.....	57
		cabergoline.....	82
		CABLIVI.....	82
		CABOMETYX.....	40
		caffeine citrate.....	120
		calcipotriene.....	71
		calcipotriene-betameth diprop.....	71
		calcitonin (salmon).....	75
		calcitrene.....	71
		CALCITRIOL.....	71,75
		calcitriol.....	75
		CALQUENCE.....	40
		camila.....	92
		camrese.....	85
		camrese lo.....	85
		candesartan cilexetil.....	59
		candesartan cilexetil-hctz.....	63
		CAPLYTA.....	.51
		CAPRELSA.....	40
		captopril.....	66
		CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	63
		carbamazepine.....	27
		carbamazepine er.....	27
		carbidopa.....	50
		CARBIDOPA-LEVODOPA.....	50
		carbidopa-levodopa er.....	50
		carbidopa-levodopa-entacapone.....	49
		CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	112
		carglumic acid.....	122
		carisoprodol.....	100
		CARTEOLOL HCL.....	102
		cartia xt.....	61
		carvedilol.....	60
		carvedilol phosphate er.....	60
		caspofungin acetate.....	34
		cataflam.....	15
		CAYSTON.....	19
		caziant.....	85

CEFACLOR	20	ciprofloxacin in d5w	23
CEFACLOR ER	20	ciprofloxacin-dexamethasone	124
cefadroxil	21	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF	124
cefazolin sodium	21	citalopram hydrobromide	31
cefdinir	21	claravis	68
CEFEPIME HCL	21	clarithromycin	23
cefixime	21	clarithromycin er	23
cefotetan disodium	21	CLEOCIN	19
cefoxitin sodium	21	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	112
CEFPODOXIME PROXETIL	21	CLIMARA PRO	85
cefprozil	21	clindacin	68
CEFTAZIDIME	21	clindacin etz	68
ceftriaxone sodium	21	clindacin-p	68
cefuroxime axetil	21	clindamycin hcl	19
cefuroxime sodium	21	clindamycin palmitate hcl	19
celecoxib	15	clindamycin phos (once-daily)	68
cephalexin	21	clindamycin phos (twice-daily)	68
cetirizine hcl	118	clindamycin phos-benzoyl perox	68
cevimeline hcl	58	clindamycin phosphate	19,68
charlotte 24 fe	85	clindamycin phosphate in d5w	19
chateal	85	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	19
chateal eq	85	CLINDESSE	19
CHEMET	72	clobazam	28
chlordiazepoxide-clidinium	76	clobetasol prop emollient base	69
chlorhexidine gluconate	58	clobetasol propionate	69
chloroquine phosphate	48	clobetasol propionate e	69
chlorpromazine hcl	50	clobetasol propionate emulsion	69
chlorthalidone	66	clodan	69
cholestyramine	65	clomipramine hcl	32
cholestyramine light	65	clonazepam	17
ciclodan	68	clonidine	58
ciclopirox	68	clonidine hcl	58
ciclopirox olamine	68	clonidine hcl er	109
cilstostazol	82	clopidogrel bisulfate	82
CILOXAN	23	clorazepate dipotassium	17
CIMDUO	56	clotrimazole	34
cimetidine	76	clotrimazole-betamethasone	71
cinacalcet hcl	75	clovique	72
CIPRO HC	124	clozapine	51
ciprofloxacin	23	COARTEM	48
ciprofloxacin hcl	23,124	COBENFY	50

COBENFY STARTER PACK.....	50	cyanocobalamin.....	74
CODEINE SULFATE.....	13	cyclafem 1/35.....	.85
codeine sulfate.....	13	cyclafem 7/7/7.....	.85
colchicine.....	35	cyclobenzaprine hcl.....	100
colchicine-probenecid.....	35	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	37
colesevelam hcl.....	65	cyclosporine.....	97
colestipol hcl.....	65	cyclosporine modified.....	97
colistimethate sodium (cba).....	19	cyproheptadine hcl.....	118
COMBIVENT RESPIMAT.....	121	cyred.....	85
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	40	cyred eq.....	.85
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	41	CYSTAGON.....	123
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	41	CYSTARAN.....	123
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	112	CYTRA K CRYSTALS.....	.79
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	112		
COMPACT SPACE CHAMBER.....	112		
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK.....	112	D	
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK.....	112	dabigatran etexilate mesylate.....	80
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK.....	112	dalfampridine er.....	107
COMPLERA.....	56	danazol.....	84
compro.....	33	dantrolene sodium.....	34
constulose.....	77	dapsone.....	.36,68
COPIKTRA.....	41	DAPTACEL.....	99
CORLANOR.....	63	daptomycin.....	.19
CORTIFOAM.....	75	darifenacin hydrobromide er.....	.79
CORTISONE ACETATE.....	93	darunavir.....	.55
CORTISPORIN-TC.....	124	dasatinib.....	.41
CORTROPHIN.....	93	dasetta 1/35.....	.85
COSENTYX.....	96	dasetta 7/7/7.....	.85
COSENTYX (300 MG DOSE).....	96	DAURISMO.....	.41
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	96	daysee.....	.85
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	96	deblitane.....	.92
COSENTYX UNOREADY.....	96	decadron.....	.93
COTELLIC.....	41	deferasirox.....	.72
covaryx.....	85	deferiprone.....	.72
covaryx hs.....	85	DELSTRIGO.....	.56
CREON.....	123	delyla.....	.85
cromolyn sodium.....	78,101,119	demeclacycline hcl.....	.24
cryselle-28.....	.85	DENGVAXIA.....	.99
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	112	DEPO-ESTRADIOL.....	.85
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	112	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	.92
cvs isopropyl alcohol wipes.....	.71	depo-testosterone.....	.84
		DERMOTIC.....	.124

DESCOVY	56	digitek	59
desipramine hcl	32	digox	59
DESLORATADINE	118	digoxin	59
desloratadine	118	dihydroergotamine mesylate	36
desmopressin ace spray refrig	83	DILANTIN	27
desmopressin acetate	83	DILANTIN INFATABS	27
desmopressin acetate pf	83	DILANTIN-125	27
desmopressin acetate spray	83	dilt-xr	61
desogestrel-ethynodiol estradiol	85	diltiazem hcl	61
desonide	69	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	61
desoximetasone	69	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	61
desrx	69	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	61
desvenlafaxine succinate er	31	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	61
dexamethasone	93	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	61
DEXAMETHASONE INTENSOL	93	diltiazem hcl er	62
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID	93	diltiazem hcl er beads	62
dexamethasone sod phosphate pf	93	dimethyl fumarate	107
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	93,101	dimethyl fumarate starter pack	107
dexmethylphenidate hcl	109	DIPENTUM	75
dexmethylphenidate hcl er	109	DIPHENOXYLATE-ATROPINE	76
dextroamphetamine sulfate	108,109	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT	99
dextroamphetamine sulfate er	109	dipyridamole	82
dextrose	72	disopyramide phosphate	59
dextrose in lactated ringers	72	disulfiram	18
DEXTROSE-NACL	72	divalproex sodium	25
dextrose-sodium chloride	73	divalproex sodium er	25
DIACOMIT	25	dodox	74
diazepam	17,28	dofetilide	59
DIAZEPAM	28	dolishale	.85
diazepam intensol	17	donepezil hcl	.29
diazoxide	106	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	.29
diclofenac potassium	15	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	30
diclofenac sodium	15,101	dorzolamide hcl	103
diclofenac sodium er	15	dorzolamide hcl-timolol mal	103
diclofenac-misoprostol	15		
dicloxacillin sodium	22		
dicyclomine hcl	76		
DIFICID	23		
DIFLORASONE DIACETATE	69		
diflunisal	16		
difluprednate	101		

dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	103	eemt hs.....	86
dotti.....	86	EFAVIRENZ.....	56
DOVATO.....	54	efavirenz.....	56
doxazosin mesylate.....	60	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	56
doxepin hcl.....	32	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	56
doxercalciferol.....	75	effer-k.....	73
doxy 100.....	24	ELAPRASE.....	123
doxycycline.....	24	elinest.....	86
doxycycline hyclate.....	24	ELIQUIS.....	80
doxycycline monohydrate.....	24	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	80
doxylamine-pyridoxine.....	33	elixophyllin.....	120
DRIZALMA SPRINKLE.....	107	ELMIRON.....	79
dronabinol.....	33	eluryng.....	86
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	113	EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	113
DROPLET MICRON.....	113	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	113
DROPLET PEN NEEDLES.....	113	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	113
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE .....	113	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	113
DROSPIREN-ETH ESTRAD-LEVOMEFOL....	86	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	114
drospirenone-ethinyl estradiol.....	86	EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	114
DROXIA.....	123	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	114
droxidopa.....	58,59	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	114
duloxetine hcl.....	107,108	EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	114
DUPIXENT.....	96	EMBRACE PEN NEEDLES.....	114
dutasteride.....	80	emoquette.....	86
dutasteride-tamsulosin hcl.....	80	EMSAM.....	31
<b>E</b>		emtricitab-rilpivir-tenofov df.....	56
e.e.s. 400.....	23	emtricitabine.....	56
EASIVENT.....	113	emtricitabine-tenofov df.....	57
EASIVENT MASK LARGE.....	113	EMTRIVA.....	57
EASIVENT MASK MEDIUM.....	113	emzahh.....	92
EASIVENT MASK SMALL.....	113	enalapril maleate.....	66
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	113	enalapril-hydrochlorothiazide.....	63
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	113	ENBREL.....	97
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	113	ENBREL MINI.....	97
ec-naproxen.....	16	ENBREL SURECLICK.....	97
econazole nitrate.....	34	endocet.....	13
ed-spaz.....	76	INGERIX-B.....	99
EDURANT.....	56	enilloring.....	86
EDURANT PED.....	56	enoxaparin sodium.....	80
eemt.....	86	enpresse-28.....	86
		enskyce.....	86

entacapone.....	49	est estrogens-methyltest ds.....	.86
entecavir.....	54	est estrogens-methyltest hs.....	.86
ENTRESTO.....	63	estarrylla.....	.86
enulose.....	77	estazolam.....	.123
ENVARSUS XR.....	97	estradiol.....	.86
EPIDIOLEX.....	25	estradiol valerate.....	.86
EPIFOAM.....	.71	estradiol-norethindrone acet.....	.86
epinastine hcl.....	101	estratest h.s.....	.86
epinephrine.....	119	ESTRING.....	.86
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick) .....	119	eszopiclone.....	.123
epitol.....	27	ethambutol hcl.....	.36
EPIVIR HBV.....	54	ethosuximide.....	.29
eplerenone.....	65	ethynodiol diac-eth estradiol.....	.86
EPRONTIA.....	25	etodolac.....	.16
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC.....	114	etodolac er.....	.16
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L.....	114	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	.87
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M.....	.114	etravirine.....	.56
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S.....	114	EULEXIN.....	.37
EQUETRO.....	58	euthyrox.....	.94
ergocalciferol.....	75	everolimus.....	.41,97
ERGOLOID MESYLATES.....	29	EVOTAZ.....	.55
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	.36	exemestane.....	.40
ERIVEDGE.....	41	ezetimibe.....	.65
ERLEADA.....	.37	ezetimibe-simvastatin.....	.65
erlotinib hcl.....	41	<b>F</b>	
errin.....	92	falmina.....	.87
ertapenem sodium.....	.22	famciclovir.....	.54
ERY.....	68	famotidine.....	.76
ery-tab.....	23	FANAPT.....	.51
erythrocin lactobionate.....	23	FANAPT TITRATION PACK.....	.51
ERYTHROCIN STEARATE.....	.23	FARXIGA.....	.67
erythromycin.....	23,68,101	fayosim.....	.87
erythromycin base.....	23	febuxostat.....	.35
erythromycin ethylsuccinate.....	23	feirza 1.5/30.....	.87
erythromycin lactobionate.....	23	feirza 1/20.....	.87
escitalopram oxalate.....	31	felbamate.....	.25
esgc.....	108	felodipine er.....	.61
eslicarbazepine acetate.....	27	femynor.....	.87
esomeprazole magnesium.....	78	fenofibrate.....	.64
est estrogens-methyltest.....	86	fenofibrate micronized.....	.64

fenofibric acid	64	FLUTICASONE-SALMETEROL	121
fentanyl	14	fluvastatin sodium	64
FENTANYL CITRATE	13	fluvastatin sodium er	64
FERRIPROX	72	fluvoxamine maleate	31
fesoterodine fumarate er	79	fluvoxamine maleate er	31
FETZIMA	31	FML	101
FETZIMA TITRATION	31	FML FORTE	101
finasteride	80	folic acid	74
fingolimod hcl	107	fondaparinux sodium	80,81
FINTEPLA	25	formoterol fumarate	119
finzala	87	fosamprenavir calcium	55
FIRMAGON	83	fosfomycin tromethamine	20
FIRMAGON (240 MG DOSE)	82	fosinopril sodium	66
flac	124	fosinopril sodium-hctz	63
flavoxate hcl	79	FOTIVDA	41
flecainide acetate	59	FRUZAQLA	38,39
FLEXICHAMBER	114	fulvestrant	38
fluconazole	34	furosemide	66
fluconazole in sodium chloride	34	fyavolv	87
flucytosine	34	FYCOMPA	25
fludrocortisone acetate	93		
flunisolide	121		
fluocinolone acetonide	69,124	<b>G</b>	
fluocinolone acetonide body	69	g tussin ac	121
fluocinolone acetonide scalp	69	gabapentin	28
fluocinonide	69	galantamine hydrobromide	30
fluocinonide emulsified base	69	galantamine hydrobromide er	30
fluorometholone	101	galbriela	87
fluorouracil	71	gallifrey	92
fluoxetine hcl	31	GAMUNEX-C	95
FLUOXETINE HCL	31	GARDASIL 9	99
FLUOXETINE HCL (PMDD)	31	gatifloxacin	101
fluphenazine decanoate	50	gauze pads 2	114
FLUPHENAZINE HCL	50	GAVILYTE-C	78
flurandrenolide	69	gavilyte-g	78
FLURAZEPAM HCL	123	gavilyte-n with flavor pack	77
FLURBIPROFEN	16	GAVRETO	41
FLURBIPROFEN SODIUM	101	gefitinib	41
FLUTAMIDE	37	gemfibrozil	64
fluticasone propionate	70,121	gemmily	87
fluticasone-salmeterol	121	GEMTESA	79
		generlac	77

gengraf.....	97	hailey fe 1.5/30.....	87
GENTAK.....	101	hailey fe 1/20.....	87
gentamicin sulfate.....	19,101	halobetasol propionate.....	70
GENVOYA.....	55	halolette.....	87
GILOTrif.....	41	haloperidol.....	50
glatiramer acetate.....	107	haloperidol decanoate.....	50
glatopa.....	107	haloperidol lactate.....	50
GLEOSTINE.....	37	HAVRIX.....	99
glimepiride.....	104	heather.....	92
glipizide.....	104	HEMADY.....	39
glipizide er.....	104	hemmorex-hc.....	70
glipizide xl.....	104	heparin sodium (porcine).....	81
glipizide-metformin hcl.....	104	heparin sodium (porcine) pf.....	81
GLUCAGEN HYPOKIT.....	106	HEPLISAV-B.....	99
glucagon emergency.....	106	HIBERIX.....	99
GLUCAGON EMERGENCY.....	106	HIZENTRA.....	95
glyburide.....	104	HOMATROPAIRE.....	103
GLYBURIDE MICRONIZED.....	104	HUMALOG.....	106
glyburide-metformin.....	104	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	106
glycopyrrolate.....	76,77	HUMALOG KWIKPEN.....	106
GLYXAMBI.....	104	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	106
GNP PEN NEEDLES.....	114	HUMALOG MIX 75/25.....	106
GOLYTELY.....	78	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	106
GOMEKLI.....	41,42	HUMULIN 70/30.....	106
GOODSENSE ALCOHOL SWABS.....	114	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	106
granisetron hcl.....	33	HUMULIN N.....	106
griseofulvin microsize.....	34	HUMULIN N KWIKPEN.....	106
griseofulvin ultramicrosize.....	34	HUMULIN R.....	106
guaiatussin ac.....	121	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	106
guaifenesin ac.....	121	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	106
guaifenesin-codeine.....	121	hydralazine hcl.....	67
guanfacine hcl.....	59	hydrochlorothiazide.....	66
guanfacine hcl er.....	109	hydrocod poli-chlorphe poli er.....	121
GYNAZOLE-1.....	34	hydrocodone bit-homatrop mbr.....	121

## H

HADLIMA.....	97	hydrocodone-acetaminophen.....	13
HADLIMA PUSHTOUCH.....	97	hydrocodone-ibuprofen.....	13
HAEGARDA.....	95	hydrocortisone.....	70,75
hailey 1.5/30.....	87	hydrocortisone (perianal).....	70
hailey 24 fe.....	87	HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE.....	71
		hydrocortisone acetate.....	70
		HYDROCORTISONE BUTYRATE.....	70

hydrocortisone valerate.....	70	INREBIC.....	42
hydrocortisone-acetic acid.....	124	INSPIRACHAMBER/LARGE.....	114
hydromet.....	121	INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	114
hydromorphone hcl.....	13,14	INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE.....	114
HYDROMORPHONE HCL.....	13	INSPIRACHAMBER/SMALL.....	114
hydromorphone hcl er.....	14,15	INSPIREASE.....	114
hydroxychloroquine sulfate.....	48	INSULIN LISPRO.....	106
hydroxyurea.....	39	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	106
hydroxyzine hcl.....	118	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	106
hydroxyzine pamoate.....	118	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	106
hyoscyamine sulfate.....	77	INSULIN PEN NEEDLES.....	114
hyoscyamine sulfate er.....	77	INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	115
hyosyne.....	77	INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	115
 I		INSULIN SYRINGE 1 ML.....	115
ibandronate sodium.....	75	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	115
IBRANCE.....	42	INSUPEN PEN NEEDLES.....	115
ibu.....	16	INSUPEN32G EXTR3ME.....	115
ibuprofen.....	16	INTELENCE.....	56
icatibant acetate.....	95	INTRALIPID.....	115
iclevia.....	87	introvale.....	87
ICLUSIG.....	42	INVEGA HAFYERA.....	52
icosapent ethyl.....	65	INVEGA SUSTENNA.....	52
IDHIFA.....	42	INVEGA TRINZA.....	52
ILEVRO.....	102	IPOL.....	99
imatinib mesylate.....	42	ipratropium bromide.....	118,119
IMBRUVICA.....	42	ipratropium-albuterol.....	122
imipenem-cilastatin.....	23	irbesartan.....	59
imipramine hcl.....	32	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	63
imiquimod.....	71	ISENTRESS.....	55
IMKELDI.....	42	ISENTRESS HD.....	55
IMOVAX RABIES.....	99	isibloom.....	87
incassia.....	92	isoniazid.....	36
INCRELEX.....	83	isopropyl alcohol.....	71
INCRUSE ELLIPTA.....	118	isopropyl alcohol wipes.....	71
indapamide.....	66	isosorb dinitrate-hydralazine.....	63
indomethacin.....	16	isosorbide dinitrate.....	67
indomethacin er.....	16	isosorbide mononitrate.....	67
INFANRIX.....	99	isosorbide mononitrate er.....	67
INLYTA.....	42	isotretinoin.....	68
INQOVI.....	39	isradipine.....	61
		ITOVEBI.....	42

itraconazole	34	KCL-LACTATED RINGERS-D5W	73
ivabradine hcl	63	kelnor 1/35	87
ivermectin	48	kelnor 1/50	88
IWILFIN	39	KERENDIA	104
IXCHIQ	99	ketoconazole	34
IXIARO	99	ketorolac tromethamine	102
<b>J</b>		KINRIX	99
jaimiess	87	kionex	72
JAKAFI	42	KISQALI (200 MG DOSE)	42
jantoven	81	KISQALI (400 MG DOSE)	43
JANUMET	104	KISQALI (600 MG DOSE)	43
JANUMET XR	104	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	43
JANUVIA	104	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	43
JARDIANCE	67	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	43
jasmiel	87	klayesta	34
JAYPIRCA	42	klor-con	73
jencycla	92	klor-con 10	73
JENTADUETO	104	klor-con m10	73
JENTADUETO XR	104	klor-con m15	73
jinteli	87	klor-con m20	73
jolessa	87	klor-con/ef	73
joyeaux	87	KOSELUGO	43
juleber	87	kourzeq	58
JULUCA	55	KRAZATI	43
junel 1.5/30	87	kurvelo	88
junel 1/20	87	<b>L</b>	
junel fe 1.5/30	87	l-glutamine	123
junel fe 1/20	87	labetalol hcl	60
junel fe 24	87	lacosamide	27
JYNNEOS	99	lactated ringers	73,115
<b>K</b>		lactulose	77
k-prime	73	lactulose encephalopathy	77
kaitlib fe	87	lamivudine	54,57
kalliga	87	lamivudine-zidovudine	57
KALYDECO	120	lamotrigine	25
kariva	87	lamotrigine er	25
KCL (0.149%) IN NACL	73	lamotrigine starter kit-blue	25
KCL (0.298%) IN NACL	73	lamotrigine starter kit-green	25
kcl in dextrose-nacl	73	lamotrigine starter kit-orange	26
		lansoprazole	78

LANTUS.....	107	levonorg-eth estrad triphasic.....	88
LANTUS SOLOSTAR.....	107	levonorgest-eth est & eth est.....	88
lapatinib ditosylate.....	43	levonorgest-eth estrad 91-day.....	88
larin 1.5/30.....	88	levonorgest-eth estradiol-iron.....	88
larin 1/20.....	88	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	88
larin 24 fe.....	88	levora 0.15/30 (28).....	88
larin fe 1.5/30.....	88	levothyroxine sodium.....	94
larin fe 1/20.....	88	levoxyl.....	94
larissa.....	88	LEXIVA.....	55
latanoprost.....	102	lidocaine.....	16
layolis fe.....	88	lidocaine hcl.....	16
LAZCLUZE.....	39	LIDOCAINE HCL.....	16
leena.....	88	lidocaine viscous hcl.....	16
leflunomide.....	97	lidocaine-prilocaine.....	16
lenalidomide.....	38	lidocan.....	16
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	43	LILETTA (52 MG).....	92
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	43	lillow.....	88
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	43	lincomycin hcl.....	20
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	43	linezolid.....	20
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	43	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	20
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	43	LINZESS.....	77
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	43	liothyronine sodium.....	94
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	43	lisdexamphetamine dimesylate.....	109
lessina.....	88	lisinopril.....	66
letrozole.....	40	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	63
leucovorin calcium.....	39	lithium.....	58
LEUKERAN.....	37	lithium carbonate.....	58
leuprolide acetate.....	83	lithium carbonate er.....	58
levalbuterol hcl.....	119	LIVTENCITY.....	53
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	119	lo-zumandimine.....	88
levetiracetam.....	26	loestrin 1.5/30 (21).....	88
levetiracetam er.....	26	loestrin 1/20 (21).....	88
levo-t.....	94	loestrin fe 1.5/30.....	88
LEVOBUNOLOL HCL.....	102	loestrin fe 1/20.....	88
levocarnitine.....	123	lojaimiess.....	88
levocarnitine sf.....	123	LOKELMA.....	72
levocetirizine dihydrochloride.....	118	LONSURF.....	39
levofloxacin.....	24	loperamide hcl.....	76
LEVOFLOXACIN.....	101	lopinavir-ritonavir.....	55
levofloxacin in d5w.....	24	lorazepam.....	.17
levonest.....	88	lorazepam intensol.....	.17

LORBRENA.....	43	meclizine hcl.....	33
loryna.....	88	medpura alcohol pads.....	71
losartan potassium.....	59	MEDROL.....	93
losartan potassium-hctz.....	63	medroxyprogesterone acetate.....	92
loteprednol etabonate.....	102	mefloquine hcl.....	48
lovastatin.....	64	megestrol acetate.....	92
low-ogestrel.....	88	MEKINIST.....	44
loxapine succinate.....	50	MEKTOVI.....	44
lubiprostone.....	77	meleya.....	92
LULICONAZOLE.....	35	meloxicam.....	16
LUMAKRAS.....	43,44	MELPHALAN.....	37
LUMIGAN.....	102	memantine hcl.....	29
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	83	memantine hcl er.....	29
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	83	memantine hcl-donepezil hcl.....	29
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	83	MENACTRA.....	99
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	83	MENEST.....	89
lurasidone hcl.....	52	MENQUADFI.....	99
lutera.....	88	MENVEO.....	99
LYBALVI.....	30	MEPHYTON.....	82
lyeq.....	92	meprobamate.....	17
lyllana.....	88	mercaptopurine.....	38
LYNPARZA.....	44	meropenem.....	23
LYSODREN.....	39	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	23
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	44	merzee.....	89
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	44	mesalamine.....	75
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	44	mesalamine er.....	75
lyza.....	92	mesna.....	39
<b>M</b>		metaxalone.....	100
M-M-R II.....	99	metformin hcl.....	105
mafenide acetate.....	68	metformin hcl er.....	105
magnesium sulfate.....	73	methadone hcl.....	15
malathion.....	72	methadone hcl intensol.....	15
maraviroc.....	57	methadose.....	15
marlissa.....	89	methazolamide.....	103
MARPLAN.....	31	methenamine hippurate.....	20
MATULANE.....	37	methergine.....	115
matzim la.....	62	methimazole.....	95
MAVYRET.....	54	methocarbamol.....	100
maxi-tuss ac.....	122	METHOTREXATE SODIUM.....	97
MAXIDEX.....	102	methotrexate sodium.....	98
		methotrexate sodium (pf).....	98

METHOXSALEN RAPID.....	71	minitran.....	67
methscopolamine bromide.....	77	minocycline hcl.....	24
methsuximide.....	29	minoxidil.....	67
methyldopa.....	59	minzoya.....	89
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE ..	63	mirtazapine.....	30
methylergonovine maleate.....	115	misoprostol.....	78
methylphenidate hcl.....	109,110	modafinil.....	124
METHYLPHENIDATE HCL ER.....	110	moexipril hcl.....	66
methylphenidate hcl er.....	110	MOLINDONE HCL.....	51
methylphenidate hcl er (cd).....	110	mometasone furoate.....	70,122
methylphenidate hcl er (la).....	110	monodoxine nl.....	24
methylphenidate hcl er (osm).....	110	mono-linyah.....	89
methylprednisolone.....	93	montelukast sodium.....	118
methylprednisolone acetate.....	93	morgidox.....	24
methylprednisolone sodium succ.....	93	morphine sulfate.....	14
methyltestosterone.....	84	MORPHINE SULFATE.....	14
metoclopramide hcl.....	33	morphine sulfate (concentrate).....	14
METOCLOPRAMIDE HCL.....	33	morphine sulfate er.....	15
metolazone.....	66	MOUNJARO.....	105
metoprolol succinate er.....	60	MOVANTIK.....	77
metoprolol tartrate.....	60	moxifloxacin hcl.....	24,101
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	63	MOXIFLOXACIN HCL.....	24
metronidazole.....	20	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	101
metyrosine.....	63	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	24
mexiletine hcl.....	59	MRESVIA.....	99
mibelas 24 fe.....	89	MULTAQ.....	59
micafungin sodium.....	35	MULTI-VIT-FLOR.....	73
MICONAZOLE 3.....	35	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE.....	73
MICROCHAMBER.....	115	multi-vitamin/fluoride/iron.....	73
microgestin 1.5/30.....	89	MULTIVITAMIN W/FLUORIDE.....	73
microgestin 1/20.....	89	MULTIVITAMIN/FLUORIDE.....	73
microgestin 24 fe.....	89	mupirocin.....	68
microgestin fe 1.5/30.....	89	MUSE.....	82
microgestin fe 1/20.....	89	mycophenolate mofetil.....	98
MICROSPACER.....	115	mycophenolate mofetil hcl.....	98
midodrine hcl.....	59	mycophenolate sodium.....	98
mifepristone.....	83	mycophenolic acid.....	98
MIGERGOT.....	36	myorisan.....	68
miglitol.....	105	MYRBETRIQ.....	79
mili.....	89		
mimvey.....	89		

# N

na sulfate-k sulfate-mg sulf	77	NICOTROL	18
nabumetone	16	NICOTROL NS	18
nadolol	60	nifedipine	61
nafcillin sodium	22	nifedipine er	61
nafrinse	73	nifedipine er osmotic release	61
naftifine hcl	35	nikki	89
NAGLAZYME	123	nilutamide	37
naloxone hcl	18	nimodipine	61
naltrexone hcl	18	NINLARO	44
NAMZARIC	29	nisoldipine er	61
naproxen	16	nitazoxanide	48
naproxen dr	16	nitisinone	123
naproxen sodium	16	NITRO-BID	67
naratriptan hcl	35	NITRO-DUR	67
NATACYN	101	NITRO-TIME	67
nateglinide	105	nitrofurantoin	20
NAYZILAM	16	nitrofurantoin macrocrystal	20
nebivolol hcl	60	nitrofurantoin monohyd macro	20
nebusal	122	nitroglycerin	67
necon 0.5/35 (28)	89	NITROSTAT	67
NEFAZODONE HCL	31	NIVA THYROID	94
neo-polycin	103	NIVESTYM	81
neo-polycin hc	103	NIZATIDINE	76
neomycin sulfate	19	nolix	70
neomycin-bacitracin zn-polymyx	103	nora-be	92
neomycin-polymyxin-dexameth	103	norelgestromin-eth estradiol	89
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	103	norethnin ace-eth estrad-fe	89
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	103	norethnin-eth estradiol-fe	89
neomycin-polymyxin-hc	124	norethindron-ethinyl estrad-fe	89
NERLYNX	44	norethindrone	92
nevirapine	56	norethindrone acet-ethinyl est	89
NEVIRAPINE	56	norethindrone acetate	92
NEVIRAPINE ER	56	norethindrone-eth estradiol	89
nevirapine er	56	norgestim-eth estrad triphasic	89
NEXPLANON	92	norgestimate-eth estradiol	89
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	65	norlyda	92
niacin er (antihyperlipidemic)	65	norlyroc	92
NIACOR	65	NORMOSOL-M IN D5W	73
nicardipine hcl	61	nortrel 0.5/35 (28)	89
		nortrel 1/35 (21)	89
		nortrel 1/35 (28)	89

nortrel 7/7/7.....	89	omeprazole.....	78
nortriptyline hcl.....	32	OMNITROPE.....	78,83
NORVIR.....	55	ondansetron.....	33
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC.....	115	ONDANSETRON HCL.....	33
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC.....	115	ondansetron hcl.....	33,34
NP THYROID.....	94	ONUREG.....	38
NUBEQA.....	37	OPIPZA.....	52
NUEDEXTA.....	108	OPSUMIT.....	117
nulev.....	77	OPTICHAMBER DIAMOND.....	115
NULYTELY LEMON-LIME.....	78	OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK.....	115
NUPLAZID.....	52	OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK.....	115
NURTEC.....	36	OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK.....	115
NUTRILIPID.....	115	OPVEE.....	115
nyamyc.....	35	oralone.....	58
nylia 1/35.....	90	ORGOVYX.....	83
nylia 7/7/7.....	90	ORSERDU.....	37
NYMALIZE.....	61	orsythia.....	90
nymyo.....	90	oscimin.....	77
nystatin.....	35	oscimin sr.....	77
nystatin-triamcinolone.....	71	oseltamivir phosphate.....	54
nystop.....	35	OSPHENA.....	92
NYVEPRIA.....	81	OTEZLA.....	71,96
<b>O</b>		oxaprozin.....	16
ocella.....	90	oxazepam.....	18
octreotide acetate.....	83	oxcarbazepine.....	27
OCTREOTIDE ACETATE.....	83	oxiconazole nitrate.....	35
ODEFSEY.....	56	oxybutynin chloride.....	79
ODOMZO.....	44	oxybutynin chloride er.....	79
OFEV.....	120	oxycodone hcl.....	14
ofloxacin.....	24,101,124	oxycodone-acetaminophen.....	14
OGSIVEO.....	44	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	14
OJEMDA.....	44	oxymorphone hcl.....	14
OJJAARA.....	39	OXYMORPHONE HCL ER.....	15
olanzapine.....	52	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	105
olanzapine-fluoxetine hcl.....	30	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	105
olmesartan medoxomil.....	59	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	105
olmesartan medoxomil-hctz.....	63		
olmesartan-amlodipine-hctz.....	63		
olopatadine hcl.....	118		
omega-3-acid ethyl esters.....	65		

## P

pacerone.....	59
paliperidone er.....	52
PANRETIN.....	48

pantoprazole sodium.....	78	phenazopyridine hcl.....	79
paricalcitol.....	75,76	phenelzine sulfate.....	31
paroxetine hcl.....	31	phenobarbital.....	28
PAROXETINE HCL.....	32	phenobarbital-belladonna alk.....	77
paroxetine hcl er.....	32	phenohydro.....	77
paroxetine mesylate.....	32	phenytek.....	27
PAXLOVID.....	58	phenytoin.....	27
PAXLOVID (150/100).....	58	phenytoin infatabs.....	27
PAXLOVID (300/100).....	58	phenytoin sodium extended.....	27
pazopanib hcl.....	44	philith.....	90
pb-hyoscy-atropine-scopolamine.....	77	phospho-trin k500.....	79
PEDIARIX.....	99	phytonadione.....	82
PEDVAX HIB.....	99	PIFELTRO.....	56
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	78	pilocarpine hcl.....	58,103
peg-3350/electrolytes.....	78	pimecrolimus.....	70
peg-3350/electrolytes/ascorbat.....	78	PIMOZIDE.....	51
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c.....	78	pimtrea.....	90
PEG-PREP.....	78	pindolol.....	60
PEGASYS.....	95	pioglitazone hcl.....	105
PEMAZYRE.....	44	pioglitazone hcl-glimepiride.....	105
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	115	pioglitazone hcl-metformin hcl.....	105
PEN NEEDLES.....	115	piperacillin sod-tazobactam so.....	22
PENBRAYA.....	115	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	44
penciclovir.....	68	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	44
penicillamine.....	79	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	45
penicillin g potassium.....	22	pirfenidone.....	120
PENICILLIN G SODIUM.....	22	PIRFENIDONE.....	120
penicillin v potassium.....	22	pirmella 1/35.....	90
PENTACEL.....	99	pirmella 7/7/7.....	90
pentamidine isethionate.....	48	piroxicam.....	16
pentazocine-naloxone hcl.....	14	PLENU.....	78
pentoxifylline er.....	64	PNV 27-CA/FE/FA.....	74
perampanel.....	26	POCKET CHAMBER.....	115
perindopril erbumine.....	66	POCKET SPACER.....	115
periogard.....	58	podofilox.....	71
permethrin.....	72	POLY-VI-FLOR.....	74
perphenazine.....	33	polycin.....	103
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	30	polymyxin b sulfate.....	20
PERSERIS.....	52	polymyxin b-trimethoprim.....	101
pfizerpen.....	22	POMALYST.....	38
phenazo.....	79	portia-28.....	90

posaconazole.....	35	PRO COMFORT SPACER INFANT.....	116
pot & sod cit-cit ac.....	79	probenecid.....	35
potassium chloride.....	74	PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	116
potassium chloride crys er.....	74	PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	116
potassium chloride er.....	74	procentra.....	109
potassium chloride in dextrose.....	74	PROCHAMBER VHC.....	116
potassium chloride in nacl.....	74	prochlorperazine.....	33
potassium citrate er.....	74	prochlorperazine maleate.....	33
potassium citrate-citric acid.....	79	procto-med hc.....	70
pramipexole dihydrochloride.....	49	procto-pak.....	70
pramipexole dihydrochloride er.....	49	PROCTOFOAM HC.....	71
PRAMOSONE.....	71	proctosol hc.....	70
prasugrel hcl.....	82	proctozone-hc.....	70
pravastatin sodium.....	65	progesterone.....	92
praziquantel.....	48	PROGRAF.....	98
prazosin hcl.....	60	PROLASTIN-C.....	123
prednisolone.....	93	PROLIA.....	76
prednisolone acetate.....	102	PROMACTA.....	81,82
prednisolone sodium phosphate.....	93	promethazine hcl.....	33,118
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	102	PROMETHAZINE VC.....	122
prednisone.....	93	PROMETHAZINE VC/CODEINE.....	122
PREDNISONE INTENSOL.....	93	promethazine-codeine.....	122
pregabalin.....	108	promethazine-dm.....	122
PREMARIN.....	90	promethazine-phenyleph-codeine.....	122
PREMASOL.....	74	promethazine-phenylephrine.....	122
premium lidocaine.....	17	promethegan.....	33
PREMPHASE.....	90	propafenone hcl.....	59
PREMPRO.....	90	propafenone hcl er.....	60
prenatal vitamins.....	74	paracetamol hcl.....	103
prevalite.....	65	propranolol hcl.....	60
previfem.....	90	propranolol hcl er.....	61
PREVYMIC.....	53	PROPRANOLOL-HCTZ.....	64
PREZCOBIX.....	55	propylthiouracil.....	95
PREZISTA.....	55	PROQUAD.....	99
PRIFTIN.....	36	protriptyline hcl.....	32
primaquine phosphate.....	49	pseudoeph-bromphen-dm.....	122
primidone.....	28	PULMICORT FLEXHALER.....	118
PRIORIX.....	99	pulmosal.....	122
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	115	PULMOZYME.....	120
PRO COMFORT SPACER ADULT.....	116	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	116
PRO COMFORT SPACER CHILD.....	116	PURE COMFORT SPACER CHAMBER.....	116

pyrazinamide	37	RETACRIT	82
pyridostigmine bromide	36	RETEVMO	45
pyridostigmine bromide er	36	REVLIMID	38
pyrimethamine	49	REVUFORJ	45
<b>Q</b>		REXULTI	53
qc alcohol	71	REYATAZ	55
QINLOCK	39	REZLIDHIA	45
QUADRACEL	99	REZUROCK	96
quetiapine fumarate	53	RHOPRESSA	103
quetiapine fumarate er	53	RIBAVIRIN	54
QUFLORA PEDIATRIC	74	ribavirin	54
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	116	RIDAURA	96
quinapril hcl	66	rifabutin	36
quinapril-hydrochlorothiazide	64	rifampin	37
quinidine gluconate er	60	riluzole	108
quinidine sulfate	60	RIMANTADINE HCL	54
quinine sulfate	49	ringers	74
		ringers irrigation	116
<b>R</b>		RINVOQ	96
ra isopropyl alcohol wipes	71	RINVOQ LQ	96
RABAVERT	99	risedronate sodium	76
rabeprazole sodium	78	risperidone	53
RALDESY	32	risperidone microspheres er	53
raloxifene hcl	92	RITEFLO	116
ramelteon	123	ritonavir	55
ramipril	66	rivastigmine	30
ranolazine er	64	rivastigmine tartrate	30
rasagiline mesylate	50	rivilsa	90
reclipsen	90	rizatriptan benzoate	35
RECOMBIVAX HB	100	ROCKLATAN	103
REGRANEX	71	roflumilast	120
relafen	16	ROMVIMZA	45
RELENZA DISKHALER	54	ropinirole hcl	49
RENTHYROID	94	ropinirole hcl er	49
repaglinide	105	rosadan	20
REPATHA	65	rosuvastatin calcium	65
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	65	rosyrah	90
REPATHA SURECLICK	65	ROTARIX	100
RESTASIS	103	ROTATEQ	100
RESTASIS MULTIDOSE	103	roweepra	26
		ROZLYTREK	45

RUBRACA	45	SKYRIZI (150 MG DOSE)	96
rufinamide	27	SKYRIZI PEN	96
RUKOBIA	57	SMOFLIPID	116
RYBELSUS	105	sod citrate-citric acid	80
RYDAPT	45	sodium chloride	74,122
<b>S</b>		sodium chloride (pf)	74
sajazir	95	sodium chloride bacteriostatic	116
saline bacteriostatic	116	sodium fluoride	74
salsalate	16	SODIUM OXYBATE	124
SANDIMMUNE	98	sodium phenylbutyrate	123
SANTYL	71	sodium polystyrene sulfonate	72
sapropterin dihydrochloride	123	solifenacin succinate	79
SCEMBLIX	45	SOLTAMOX	38
scopolamine	33	SOMAVERT	83
SECUADO	53	sorafenib tosylate	45
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	116	sorine	60
selegiline hcl	50	sotalol hcl	60
selenium sulfide	70	sotalol hcl (af)	60
SELZENTRY	57	SPINOSAD	72
SEREVENT DISKUS	119	SPIRIVA RESPIMAT	119
sertraline hcl	32	spironolactone	65
setlakin	90	spironolactone-hctz	64
sharobel	92	sprintec 28	90
SHINGRIX	100	SPRITAM	26
SIGNIFOR	83	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	72
sildenafil citrate	80,117,118	sronyx	90
SILIGENTLE FOAM DRESSING	116	ssd	71
silodosin	80	SSS 10-5	71
silver sulfadiazine	71	STAVUDINE	57
SIMBRINZA	103	STELARA	96
SIMLANDI (1 PEN)	98	sterile water for irrigation	116
SIMLANDI (1 SYRINGE)	98	STIOLTO RESPIMAT	122
SIMLANDI (2 PEN)	98	STIVARGA	45
SIMLANDI (2 SYRINGE)	98	STREPTOMYCIN SULFATE	19
simliya	90	STRIBILD	55
simpesse	90	subvenite	26
simvastatin	65	subvenite starter kit-blue	26
sirolimus	98	subvenite starter kit-green	26
SIRTURO	37	subvenite starter kit-orange	26
SKYRIZI	96	sucralfate	78
		sulfacetamide sodium	101

sulfacetamide sodium (acne).....	68	TASIGNA.....	46
sulfacetamide sodium-sulfur.....	71	tasimelteon.....	123
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	104	taysofy.....	90
sulfadiazine.....	24	tazarotene.....	68
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	24	TAZICEF.....	21
sulfasalazine.....	75	taztia xt.....	62
sulfatrim pediatric.....	24	TAZVERIK.....	46
sulindac.....	16	TDVAX.....	100
sumatriptan.....	35	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	116
sumatriptan succinate.....	35,36	TEFLARO.....	21
SUMATRIPTAN SUCCINATE.....	36	telmisartan.....	59
sumatriptan succinate refill.....	36	telmisartan-amlodipine.....	64
sunitinib malate.....	45,46	telmisartan-hctz.....	64
SUNLENCA.....	57,58	temazepam.....	123
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	116	TEMIXYS.....	57
syeda.....	90	TENCON.....	108
symax-sl.....	77	TENIVAC.....	100
symax-sr.....	77	tenofovir disoproxil fumarate.....	57
SYMPAZAN.....	28	TEPMETKO.....	46
SYMTUZA.....	55	terazosin hcl.....	60
SYNAREL.....	83	terbinafine hcl.....	35
SYNJARDY.....	105	terbutaline sulfate.....	119
SYNJARDY XR.....	105	terconazole.....	35
SYNRIBO.....	46	teriflunomide.....	107
SYNTHROID.....	94	teriparatide.....	76
<b>T</b>		testosterone.....	84
TABLOID.....	38	testosterone cypionate.....	84
TABRECTA.....	46	TESTOSTERONE ENANTHATE.....	84
tacrolimus.....	70,98	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD.....	100
tadalafil.....	80	tetrabenazine.....	108
tadalafil (pah).....	118	tetracycline hcl.....	25
TAFINLAR.....	46	THALOMID.....	38
tafluprost (pf).....	102	THEO-24.....	120
TAGRISSO.....	46	theophylline.....	120
TALZENNA.....	46	theophylline er.....	120
tamoxifen citrate.....	38	thioridazine hcl.....	51
tamsulosin hcl.....	80	thiotepa.....	37
tarina 24 fe.....	90	thiothixene.....	51
tarina fe 1/20.....	90	THYROID.....	94
tarina fe 1/20 eq.....	90	tiadylt er.....	62
		tiagabine hcl.....	28

TIBSOVO	46	tranexamic acid	82
ticagrelor	82	tranylcypromine sulfate	31
TICOVAC	100	travoprost (bak free)	102
tigecycline	20	trazodone hcl	32
tilia fe	90	TRECATOR	37
timolol hemihydrate	102	TRELEGY ELLIPTA	122
timolol maleate	61,102	TRELSTAR MIXJECT	83
timolol maleate (once-daily)	102	TRESIBA	107
timolol maleate ocudose	102	TRESIBA FLEXTOUCH	107
timolol maleate pf	102	tretinoin	48,68
tinidazole	20	TREXALL	98
tiotropium bromide monohydrate	119	tri femynor	90
tis-u-sol	116	tri-estarylla	90
TIVICAY	55	tri-legest fe	90
TIVICAY PD	55	tri-linyah	91
tizanidine hcl	34	tri-lo-estarylla	91
TOBRADEX	104	tri-lo-marzia	91
tobramycin	101,120	tri-lo-mili	91
tobramycin sulfate	19	tri-lo-sprintec	91
tobramycin-dexamethasone	104	tri-mili	91
TOBREX	101	tri-nymyo	91
TOLAK	71	tri-previfem	91
tolterodine tartrate	79	tri-sprintec	91
tolterodine tartrate er	79	TRI-VITE/FLUORIDE	74
topiramate	26	tri-vylibra	91
TOPIRAMATE	26	tri-vylibra lo	91
topiramate er	26	triamcinolone acetonide	58,70
toremifene citrate	38	triamterene	65
torsemide	66	triamterene-hctz	64
TOUJEO MAX SOLOSTAR	107	triazolam	123
TOUJEO SOLOSTAR	107	tricitrates	.80
tovet	70	triderm	70
TPN ELECTROLYTES	74	trientine hcl	72
TRACLEER	118	TRIENTINE HCL	72
TRADJENTA	105	trifluoperazine hcl	51
tramadol hcl	14	TRIFLURIDINE	101
tramadol hcl (er biphasic)	15	trihexyphenidyl hcl	49
tramadol hcl er	15	TRIKAFTA	120
tramadol-acetaminophen	14	trimethobenzamide hcl	33
trandolapril	66	trimethoprim	20
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER	64	trimipramine maleate	32

TRINTELLIX	32	valsartan-hydrochlorothiazide	64
TRIUMEQ	57	VALTOCO 10 MG DOSE	28
TRIUMEQ PD	57	VALTOCO 15 MG DOSE	28
trivora (28)	91	VALTOCO 20 MG DOSE	28
TRIZIVIR	57	VALTOCO 5 MG DOSE	28
trospium chloride	79	valtya 1/50	91
trospium chloride er	79	vanadom	100
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	116	vancomycin hcl	20
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	116	VANDAZOLE	20
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	116	VANFLYTA	46
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	116	VAQTA	100
TRULICITY	105	vardenafil hcl	80
TRUMENBA	100	varenicline tartrate	18
TRUQAP	46	varenicline tartrate (starter)	18
TUKYSA	46	varenicline tartrate(continue)	18
tulana	92	VARIVAX	100
TURALIO	46	VAXCHORA	100
turqoz	91	VECAMYL	64
TWINRIX	100	VELIVET	91
TYBOST	58	VENCLEXTA	46
tydemy	91	VENCLEXTA STARTING PACK	46
TYMLOS	76	venlafaxine hcl	32
TYPHIM VI	100	venlafaxine hcl er	32
<b>U</b>		VEOZAH	108
UBRELVY	36	verapamil hcl	62
UDENYCA	82	VERAPAMIL HCL ER	62
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE	117	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	117
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	117	VERIFINE INSULIN SYRINGE	117
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	117	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	117
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	117	VERQUVO	64
unithroid	95	VERSACLOZ	51
ursodiol	78	VERZENIO	47
<b>V</b>		vestura	91
valacyclovir hcl	54	vienna	91
VALCHLOR	72	vigabatrin	29
valganciclovir hcl	53	vigadrone	29
valproate sodium	26	VIGAFYDE	29
valproic acid	26	vigpoder	29
valsartan	59	vilazodone hcl	32
		VIMKUNYA	100
		viorele	91

VIRACEPT	55,56	XELJANZ	96
VIREAD	57	XELJANZ XR	96
virtussin a/c	122	xelria fe	91
virtussin ac w/alc	122	XERMELO	76
vitamin d (ergocalciferol)	76	XGEVA	76
VITRAKVI	47	XIFAXAN	20
VIVOTIF	100	XIGDUO XR	105
VIZIMPRO	47	XIIDRA	104
volnea	91	XOFLUZA (40 MG DOSE)	54
VONJO	39	XOFLUZA (80 MG DOSE)	54
VORANIGO	47	XOLAIR	97
voriconazole	35	XOSPATA	47
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD	117	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	47
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER	117	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	47
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK	117	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	47
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER	117	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	47
VOWST	117	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	47
VRAYLAR	53	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	47
vyfemla	91	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	47
vylibra	91	XTANDI	38
VYZULTA	102	xulane	91

## W

warfarin sodium	81
water for irrigation, sterile	117
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	117
WELIREG	39
wera	91
wixela inhub	122
wymzya fe	91

## X

XALKORI	47
xarah fe	91
XARELTO	81
XARELTO STARTER PACK	81
XATMEP	98
XCOPRI	26,28
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	27
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	27
XDEMVY	104

## Y

YF-VAX	100
yuvafem	91

## Z

zafemy	91
zafirlukast	118
zaleplon	124
ZARXIO	82
zebutal	108
ZEJULA	47
ZELBORA	47
zenatane	68
zenzedi	109
zidovudine	57
ziprasidone hcl	53
ziprasidone mesylate	53
ZIRGAN	101
zoledronic acid	76

ZOLINZA.....	39
zolmitriptan.....	36
zolpidem tartrate.....	124
zolpidem tartrate er.....	124
ZONISADE.....	28
zonisamide.....	28
ZONTIVITY.....	81
zovia 1/35 (28).....	91
zovia 1/35e (28).....	91
ZTALMY.....	29
zumandimine.....	91
ZURZUVAE.....	30
ZYDELIG.....	48
ZYKADIA.....	48
ZYLET.....	104
ZYPREXA RELPREVV.....	53



## 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](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com)

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

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

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
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 panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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

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

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

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

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

**Arabic** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي استفسرة 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** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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

**French Creole** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout 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 tłumaczaznającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

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

**Hmong** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob 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' hodoolnihí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojíí 1-800-776-4466 béisíí bee hodíílnih. Diné k'ehjí yáltí'i níká adoolwoł. Díí t'áá jiík'eh bee aná'áwo.

**Punjabi** ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ 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** យើងមានសេវាអ្នកបកច្ចោមតំណែនកិត្តផ្ទើសឱ្យយសំណើរនាយក ដែលអ្នកបានអំពីសុខភាព បុគ្គលូមិនចែរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកច្ចោមតំណែនកិត្តផ្ទើសឱ្យយសំណើរនាយក សូមទូរសព្ទទម្រង់ការលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនឹងយាយភាសាដើម្បីអ្នកបកច្ចោមតំណែនកិត្តផ្ទើសឱ្យយសំណើរនាយក 199

**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** ພວກເຂົາມີນາລັບອາດຈະມີກ່ຽວກັບສູຂະພາບ ຫຼື ເຊັ່ນການຢາຂອງພວກເຂົາ. ເຊື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາລັບອາດຈະມີກ່ຽວກັບສູຂະພາບ ຫຼື ເຊັ່ນການຢາຂອງພວກເຂົາ. ເຊື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາລັບອາດຈະມີກ່ຽວກັບສູຂະພາບ ຫຼື 1-800-776-4466. ມີຜົນກົດໝາຍການຢາມາດຈຸ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ແສລຍຄ່າ.

**Armenian** Անզ մաս հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահելու կամ դեղերի պլանի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատճենանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-776-4466 հեռախոսապարու: Ձեզ կօգնի հայերեն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

**Farsi** ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سؤالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارد پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست 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 เรา mimic บริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

Este formulario se actualizó el 06/24/2025 . 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/ccpoa-retirees](http://blueshieldca.com/ccpoa-retirees).

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/ccpoa-retirees](http://blueshieldca.com/ccpoa-retirees).