



Blue Shield 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 05/27/2025. 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 blueshieldca.com/medformulary2025.

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

A53840MAD-A-SP_1024 (06/25)
Y0118_24_446B_SP_C 08022024
05/27/2025

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 Blue Shield Medicare.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 05/27/2025 . 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 Blue Shield 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 médicaamente necesario, se obtenga en una farmacia de la red del plan y se respeten otras reglas del plan. Si necesita más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, lea su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

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

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

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

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

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

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

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 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 afectarán 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 **05/27/2025**. 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/medformulary2025.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

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

Por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 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 Blue Shield Medicare?

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que 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
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)	gen	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
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	
LIDOCAINA 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)
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
<i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	gen	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp)</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er 24h, er 1 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i>	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
<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 (-naloxone 2-0.5 mg film, -naloxone 4-1 mg film)	gen	QL (5 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 8-2 mg film, -naloxone 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	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	spec	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	gen	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion, 1 % gel, 250 mg tab, 375 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	
<i>metronidazole 500 mg/100ml solution</i>	npd	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	gen	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	npd	
<i>rosadan (0.75 % cream, 0.75 % gel)</i>	gen	
<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
VANDAZOLE 0.75 % GEL	brd	
XIFAXAN 200 MG TAB	npd	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	npd	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	gen
CEFACLOR ER 500 MG TAB ER 12H	gen

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

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

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)

gen

AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H

gen

ampicillin 500 mg cap

gen

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)

npd

ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln)

npd

AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML RECON SUSP

brd

BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION

npd

BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION

npd

BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)

npd

dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)

gen

nafcillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)

npd

penicillin g potassium (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)

npd

PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN

npd

penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)

gen

pfiZerpen (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)

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

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

npd

CARBAPENÉMICOS

ertapenem sodium 1 gm recon soln

gen

imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)

npd

meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)

npd

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

npd

MACRÓLIDOS

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

gen

azithromycin 500 mg recon soln

npd

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

gen

clarithromycin er 500 mg tab er 24h

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

ery-tab (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)

gen

erythrocin lactobionate 500 mg recon soln

npd

ERYTHROGIN STEARATE 250 MG TAB

brd

erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)

gen

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)

gen

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

gen

erythromycin lactobionate 500 mg recon soln

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

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	
levofloxacin (25 mg/ml solution, 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	
demeclcycline hcl (150 mg tab, 300 mg tab)	gen	
doxy 100 100 mg recon soln	npd	
doxycycline 40 mg cap dr	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>doxycycline hydiate 100 mg recon soln</i>	npd	
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg cap, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>monodoxine nl 100 mg cap</i>	gen	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	gen	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	gen	

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS, OTROS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

NIVEL

REQUISITOS/LÍMITES

<i>lamotrigine (5 mg chew tab, 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit, 25 & 50 & 100 mg kit, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 25 mg tab disp, 42 x 50 mg & 14x100 mg kit, 50 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab, 200 mg tab, 200 mg tab disp)</i>	gen	
<i>lamotrigine er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)</i>	gen	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine er (er 250 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)</i>	gen	ST
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	gen	
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit</i>	gen	
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit</i>	gen	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	gen	
<i>SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)</i>	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>SPRITAM 1000 MG TAB</i>	npd	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>SPRITAM 750 MG TAB</i>	npd	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-blue 35 x 25 mg kit</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg kit</i>	gen	
<i>subvenite starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg kit</i>	gen	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>TOPIRAMATE 50 MG CAP SPRINK</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>topiramate er (er 25 mg cp24 sprnk, er 50 mg cp24 sprnk, er 100 mg cp24 sprnk, er 150 mg cp24 sprnk, er 200 mg cp24 sprnk)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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

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)
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)	gen	
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)	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	
epitol 200 mg tab	gen	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5ml solution, 100 mg/10ml solution)	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 300 mg/5ml suspension, 600 mg tab)	gen	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	gen	
phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)	gen	
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	gen	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
rufinamide 200 mg tab	gen	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	gen	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	spec	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	npd	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	npd	
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)
LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM)	spec	QL (10 PER 30 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)</i>	gen	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	spec	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 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)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadroner 500 mg packet</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadroner 500 mg tab</i>	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

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

ANTIDEMENCIALES

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

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

ANTIDEMENCIALES, OTROS

<i>ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB</i>	gen	
<i>memantine hcl-donepezil hcl (-donepezil 14-10 mg cap er 24h, -donepezil 21-10 mg cap er 24h, -donepezil 28-10 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	ST
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	gen	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	gen	
galantamine hydrobromide (4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab, 12 mg tab)	gen	
galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er 24h, er 16 mg cap er 24h, er 24 mg cap er 24h)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
rivastigmine (4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr)	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	gen	

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

AUVELITY 45-105 MG TAB ER	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl 100 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	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
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)	gen	
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 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
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	spec	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluvoxamine maleate 50 mg tab	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er 24h, er 150 mg cap er 24h)	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	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	gen	
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

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	

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA

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)
gransetron 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

Si necesita información sobre 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 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
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	

Si necesita información sobre 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>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	gen	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	gen	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	gen	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	gen	
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	gen	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (5 mg/act solution, 20 mg/act solution)	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE 6 MG/0.5ML SOLN PRSYR	gen	QL (8 PER 30 DAYS)
sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)	gen	QL (8 PER 30 OVER TIME)
zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	gen	QL (18 PER 30 OVER TIME)

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	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

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

ANTIMICOBACTERIANOS

ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS

dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)	gen	
rifabutin 150 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
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)</i>	gen	
PRIFTIN 150 MG TAB	brd	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	gen	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	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
<i>thiotepa (15 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIANDRÓGENOS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	gen	
ERLEADA 240 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	gen	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	gen	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	spec	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
NUBEQA 300 MG TAB	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	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
--	------	---

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	gen	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	gen	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	spec	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CAPRELSA 300 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	spec	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	spec	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 50 mg tab</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
JAYPIRCA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	spec	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Si necesita información sobre 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 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
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
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	spec	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre 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 (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
sorafenib tosylate 200 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
STIVARGA 40 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	spec	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	spec	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VENCLEXTA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

RETINOIDEOS

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

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

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

ANTIPROTOZOICOS

ALINIA 100 MG/5ML RECON SUSP	npd	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	gen	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	gen	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	npd	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	npd	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	gen	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	gen	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	brd	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

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

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

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

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

ANTICOLINÉRGICOS

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
carbidopa-levodopa-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)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	gen	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
carbidopa 25 mg tab	gen	
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)	gen	
carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)	gen	
ANTIPSICÓTICOS		
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	spec	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
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)	gen	
chlorpromazine hcl (25 mg/ml solution, 50 mg/2ml solution)	npd	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	npd	
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC, 10 MG TAB)	gen	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	npd	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
haloperidol decanoate (50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution)	brd	

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

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

RESISTENTES AL TRATAMIENTO

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)	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
ariPIPRAZOLE (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
ariPIPRAZOLE (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ariPIPRAZOLE 1 mg/ml solution	gen	QL (25 PER 1 DAYS)
ariPIPRAZOLE 2 mg tab	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
asenapine maleate (2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab, 10 mg sl tab)	gen	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
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	npd	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.75 PER 28 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
paliperidone er (er 1.5 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 9 mg tab er 24h)	gen	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	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
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)

LIVTENCITY 200 MG TAB	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
-----------------------	------	---------------------------

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)

ANTIGRIPALES

oseltamivir phosphate 30 mg cap	gen	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	gen	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	gen	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	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)

adefovir dipivoxil 10 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	brd	QL (21 PER 1 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	brd	
lamivudine 100 mg tab	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	
ribavirin 6 gm recon soln	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIHERPÉTICOS

acyclovir (200 mg cap, 200 mg/5ml suspension, 400 mg tab, 800 mg tab, 800 mg/20ml suspension)	gen	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 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
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	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)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS (25 MG CHEW TAB, 100 MG CHEW TAB)	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS 250 MG CAP	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
darunavir 600 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
darunavir 800 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	brd	QL (56 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution	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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PREZISTA 75 MG TAB	brd	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	brd	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)

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

COMPLERA 200-25-300 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
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)
efavirenz 600 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
etravirine 100 mg tab	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
etravirine 200 mg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	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)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	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)

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

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

ANTIRRETRÓVÍRICOS, OTROS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS

PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	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)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

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

BUCODENTALES

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

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

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

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

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

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	gen	
irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	gen	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	
valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)	gen	

ANTIARRÍTMICOS

amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)	gen	
digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin 62.5 mcg tab	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)	gen	
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg 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
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	gen	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	gen	
MULTAQ 400 MG TAB	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
pacerone (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)	gen	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	gen	
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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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	

Si necesita información sobre 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 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	
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	

Si necesita información sobre 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-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i>	gen	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	gen	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	gen	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	gen	
<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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
metyrosine 250 mg cap	spec	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	gen	
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)	gen	
pentoxifylline er 400 mg tab er	gen	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	gen	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	gen	
ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	gen	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	gen	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	gen	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)	gen	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	gen	
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)	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

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)	gen
fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)	gen
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)	gen
gemfibrozil 600 mg tab	gen

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

atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 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
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	gen	
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	gen	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
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, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	brd	PA, QL (3.5 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	brd	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

amiloride hcl 5 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
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
DIURÉTICOS, ASA		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	gen	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	npd	
furosemide (8 mg/ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	gen	
furosemide 10 mg/ml solution	npd	
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	gen	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	gen	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	gen	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	gen	
metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	gen	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	gen	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	gen	
enalapril maleate 1 mg/ml solution	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	gen	
moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)	gen	
perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	gen	
quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	gen	
ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 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
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	gen	
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	gen	
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	
tretinoin (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)
cyclodan 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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
mupirocin 2 % ointment	gen	
penciclovir 1 % cream	gen	PA, QL (5 PER 30 DAYS)
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)	gen	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	gen	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	gen	
anucort-hc 25 mg suppos	gen	EDC
anusol-hc 25 mg suppos	gen	EDC
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	gen	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	gen	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	gen	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	gen	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)	gen	
clobetasol propionate e 0.05 % cream	gen	
clobetasol propionate emulsion 0.05 % foam	gen	PA
clodan 0.05 % shampoo	gen	
desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	gen	
desonide 0.05 % gel	gen	PA
desoximetasone (0.05 % cream, 0.25 % cream, 0.25 % ointment)	gen	
desoximetasone (0.05 % gel, 0.05 % ointment)	gen	ST
desrx 0.05 % gel	gen	PA
DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM	gen	
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	gen	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	gen	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	gen	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 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>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>flurandrenolide (0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	PA
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	gen	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	gen	QL (200 PER 28 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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALPRAM-HC 2.5-1% LOTION	brd	
avar-e emollient 10-5 % cream	gen	EDC
avar-e green 10-5 % cream	gen	EDC
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

Si necesita información sobre 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 sodium-sulfur (10-5 % cream, 10-5 % lotion, 10-5 % suspension)	gen	EDC
TOLAK 4 % CREAM	brd	
VALCHLOR 0.016 % GEL	spec	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

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

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

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

QUELANTES DE POTASIO

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

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

AMINOSYN II 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMINOSYN-PF 10 % SOLUTION	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
dextrose (5 % solution, 10 % solution)	npd	
dextrose in lactated ringers 5 % 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
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	npd	
<i>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution)</i>	npd	
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	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	npd	
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
<i>lactated ringers solution</i>	npd	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	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
<i>multi-vitamin/fluoride/iron 0.25-10 mg/ml solution</i>	gen	EDC
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE (W/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, W/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, W/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	EDC
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew 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
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	npd	
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
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
AMINOSALICILATOS		
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	
GLUCOCORTICOIDES		
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	
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
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
paricalcitol (2 mcg/ml solution, 5 mcg/ml solution)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	npd	PA
risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab, 35 mg tab, 35 mg tab dr, 150 mg tab)	gen	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	spec	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	spec	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
vitamin d (ergocalciferol) ((ergocalciferol) 1.25 mg (50000 ut) cap, (ergocalciferol) 50000 unit cap)	gen	EDC
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	spec	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	npd	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

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

ANTIDIARREICOS

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

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsyr, 1 mg/10ml soln prsyr)	npd	
chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap	gen	QL (8 PER 1 DAYS)
dicyclomine hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab)	gen	PA
ed-spaz 0.125 mg tab disp	gen	EDC
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 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
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>solifenacain succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er 24h, er 4 mg cap er 24h)</i>	gen	ST
<i>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 & 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, 90 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
CABLIVI 11 MG KIT	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	gen	
<i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<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 &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 &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 (rogens-methylt 0.625-1.25 mg tab, rogens-methylt 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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	gen	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>fayosim 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>gemmily 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab</i>	gen	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	gen	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	gen	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	npd	
merzee 1-20 mg-mcg(24) cap	gen	
mibelas 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab	gen	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab	gen	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	gen	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	gen	
milki 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
mimvey 1-0.5 mg tab	gen	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	gen	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	gen	
nikki 3-0.02 mg tab	gen	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	gen	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1-20 mg-mcg(24) cap, 1-20 mg-mcg(24) chew tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	gen	
norethin-eth estradiol-fe (0.4-35 chew tab, 0.8-25 chew tab)	gen	
norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab	gen	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)	gen	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	gen	
norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)	gen	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 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
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	gen	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	gen	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	gen	
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	
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	

Si necesita información sobre 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-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	
tri-linyah 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	
vienna 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	
yuvafem 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	

Si necesita información sobre 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>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	gen	
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA 60 MG TAB	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
PROGESTINAS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	gen	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	brd	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	gen	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	gen	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i>	gen	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	gen	PA
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	brd	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	gen	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	gen	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	spec	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	gen	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	gen	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML CONC	gen	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 (-metformin 15-500 mg tab, -metformin 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
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<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)
INSULINAS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	brd	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	brd	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	brd	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	brd	INS
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 & 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 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	
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	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 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/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	
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	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	brd	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	brd	
INSULIN SYRINGE 1 ML	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-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	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	
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	brd	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 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
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)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	gen	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>TRACLEER 32 MG TAB SOL</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

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

ANTIHISTAMÍNICOS

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

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

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

ANTILEUCOTRIENOS

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

BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	spec	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
<i>caffeine citrate (20 mg/ml solution, 60 mg/3ml solution)</i>	gen	
<i>elioxophyllin 80 mg/15ml elixir</i>	gen	
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	gen	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
THEO-24 (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 400 MG CAP ER 24H)	brd	
<i>theophylline (80 mg/15ml elixir, 80 mg/15ml solution)</i>	gen	
<i>theophylline er (er 100 mg tab er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg tab er 12h, er 400 mg tab er 24h, er 450 mg tab er 12h, er 600 mg tab er 24h)</i>	gen	
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	brd	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>azelastine-fluticasone 137-50 mcg/act suspension</i>	gen	QL (23 PER 30 DAYS)
<i>benzonatate (100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	EDC
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)
COMBIVENT 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
ipratropium-albuterol (0.5-2.5 (3) mg/3ml solution, 2.5-0.5 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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	brd	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	spec	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)</i>	gen	
<i>levocarnitine sf 1 gm/10ml solution</i>	gen	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	spec	PA
PROLASTIN-C 1000 MG RECON SOLN	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLASTIN-C 1000 MG/20ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	spec	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	spec	PA

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

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

Si necesita información sobre 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>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab er</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
EUGEROICOS		
<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	gen	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	gen	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	gen	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SODIUM OXYBATE 500 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

ÓTICOS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	gen	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	npd	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	gen	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF 0.3-0.025 % SOLUTION	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	brd	
DERMOTIC 0.01 % OIL	brd	
<i>flac 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	gen	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	gen	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	gen	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	gen	

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

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate.....	44
abacavir sulfate-lamivudine.....	44
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	44
ABELCET.....	22
ABILIFY ASIMTUFII.....	39
ABILIFY MAINTENA.....	39
abiraterone acetate.....	25
abirtega.....	25
ABRYSVO.....	86
acamprosate calcium.....	6
acarbose.....	92
accutane.....	55
acebutolol hcl.....	48
acetaminophen-codeine.....	1
acetazolamide.....	50
acetazolamide er.....	90
acetic acid.....	112
acetylcysteine.....	108
acitretin.....	55
ACTHIB.....	86
ACTIMMUNE.....	83
acyclovir.....	42,56
acyclovir sodium.....	42
ADACEL.....	86
adapalene.....	55
adefovir dipivoxil.....	42
ADEMPAS.....	105
ADTHYZA.....	82
ADVAIR HFA.....	108
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	98
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER.....	98
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	98
AEROCHAMBER MV.....	98
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE.....	98
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	98
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM.....	98
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE.....	98
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM.....	99
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL.....	99

AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK.....	99
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	99
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL.....	99
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	99
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR.....	99
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE.....	99
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM.....	99
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL.....	99
AEROVENT PLUS.....	99
afirmelle.....	72
AIMOVIG.....	24
ak-poly-bac.....	91
AKEEGA.....	26
ala-cort.....	57
albendazole.....	36
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) ..	107
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) ..	107
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN).....	107
albuterol sulfate.....	107
ALBUTEROL SULFATE ER.....	107
albuterol sulfate hfa.....	107
alclometasone dipropionate.....	57
ALCOHOL 70% PADS.....	99
ALCOHOL PREP.....	99
ALCOHOL PREP PADS.....	99
ALCOHOL SWABS.....	99
ALCOHOL SWABSTICK.....	99
alcohol wipes.....	58
ALDURAZYME.....	110
ALECENSA.....	28
alendronate sodium.....	63
alfuzosin hcl er.....	68
ALINIA.....	36
aliskiren fumarate.....	50
allopurinol.....	23
alosetron hcl.....	64
alprazolam.....	5
alprazolam er.....	5
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	5

alprazolam xr.....	5	anucort-hc.....	57
altavera.....	72	anusol-hc.....	57
ALUNBRIG.....	28	apomorphine hcl.....	37
alyacen 1/35.....	72	apraclonidine hcl.....	90
alyacen 7/7/7.....	72	aprepitant.....	21
alyq.....	105	apri.....	72
amabelz.....	72	APTIOM.....	15
amantadine hcl.....	37	APTIVUS.....	43
ambrisentan.....	105	AQ INSULIN SYRINGE.....	99
amethia.....	72	AQINJECT PEN NEEDLE.....	99
amethyst.....	72	aranelle.....	72
amikacin sulfate.....	7	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	69
amiloride hcl.....	53	ARCALYST.....	83
amiloride-hydrochlorothiazide.....	50	AREXVY.....	86
AMINOSYN II.....	60	arformoterol tartrate.....	107
AMINOSYN-PF.....	60	argyle sterile water.....	99
amiodarone hcl.....	47	ARIKAYCE.....	7
amitriptyline hcl.....	20	ariPIPRAZOLE.....	39
amlodipine besy-benazepril hcl.....	50	ARISTADA.....	39
amlodipine besylate.....	49	ARISTADA INITIO.....	39
amlodipine besylate-valsartan.....	50	armodafinil.....	112
amlodipine-atorvastatin.....	51	ARMOUR THYROID.....	82
amlodipine-olmesartan.....	51	ARNUITY ELLIPTA.....	106
amlodipine-valsartan-hctz.....	51	ascomp-codeine.....	1
ammonium lactate.....	57	asenapine maleate.....	39
amnesteem.....	56	ashlyna.....	72
amoxapine.....	20	aspirin-dipyridamole er.....	70
amoxicillin.....	9	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	99
amoxicillin-pot clavulanate.....	10	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	99
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	10	atazanavir sulfate.....	43
amphetamine sulfate.....	96	atenolol.....	48
amphetamine-dextroamphet er.....	96	atenolol-chlorthalidone.....	51
amphetamine-dextroamphetamine.....	96	atomoxetine hcl.....	97
AMPHOTERICIN B.....	22	atorvastatin calcium.....	52
ampicillin.....	10	atovaquone.....	36
ampicillin sodium.....	10	atovaquone-proguanil hcl.....	36
ampicillin-sulbactam sodium.....	10	atropine sulfate.....	64,91
anagrelide hcl.....	69	ATROVENT HFA.....	106
ANALPRAM-HC.....	59	aubra.....	72
anastrozole.....	28	aubra eq.....	72
ANORO ELLIPTA.....	108	AUGMENTIN.....	10

AUGTYRO	27	BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC99	
AUM ALCOHOL PREP PADS	99	BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	99	MISC	100
AUM PEN NEEDLE	99	BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM	
AURANOFIN	83	MISC	100
aurovela 1.5/30	72	BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM	
aurovela 1/20	72	MISC	100
aurovela 24 fe	73	benazepril hcl	54
aurovela fe 1.5/30	73	benazepril-hydrochlorothiazide	51
aurovela fe 1/20	73	BENLYSTA	84
AUVELITY	18	BENZNIDAZOLE	36
avar-e emollient	59	benzonatate	108
avar-e green	59	benzoyl peroxide-erythromycin	56
aviane	73	benztropine mesylate	37
avidoxy	12	bepotastine besilate	89
ayuna	73	BESIVANCE	12
AYVAKIT	28	BESREMI	83
azasan	85	betaine	110
azathioprine	85	betamethasone dipropionate	57
AZATHIOPRINE SODIUM	85	betamethasone dipropionate aug	57
azelaic acid	56	betamethasone valerate	57
azelastine hcl	88,106	BETASERON	95
azelastine-fluticasone	108	betaxolol hcl	48,90
azithromycin	11	bethanechol chloride	67
aztreonam	7	BETIMOL	90
azurette	73	BETOPTIC-S	90

B

bac (butalbital-acetamin-caff)	96	bicalutamide	25
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	91	BICILLIN C-R	10
BACITRACIN	89	BICILLIN C-R 900/300	10
bacitracin-polymyxin b	91	BICILLIN L-A	10
baclofen	22	BIKTARVY	43
balsalazide disodium	63	bimatoprost	90
BALVERSA	28	BIOGUARD GAUZE SPONGES	100
balziva	73	bisoprolol fumarate	48
BAQSIMI ONE PACK	94	bisoprolol-hydrochlorothiazide	51
BAQSIMI TWO PACK	94	BLEPHAMIDE	91
BARACLUDE	42	blisovi 24 fe	73
BCG VACCINE	86	blisovi fe 1.5/30	73
BD INSULIN SYRINGE	99	blisovi fe 1/20	73

BOOSTRIX.....	87	butorphanol tartrate.....	1
bosentan.....	105		
BOSULIF.....	28		
BRAFTOVI.....	28		
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT.....	100		
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD.....	100		
BREATHE EASE LARGE.....	100		
BREATHE EASE MEDIUM.....	100		
BREATHE EASE SMALL.....	100		
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER.....	100		
BREO ELLIPTA.....	108		
breyna.....	109		
BREZTRI AEROSPHERE.....	109		
briellyn.....	73		
BRILINTA.....	70		
brimonidine tartrate.....	90		
brimonidine tartrate-timolol.....	91		
brinzolamide.....	91		
BRIVIACT.....	13		
bromfed dm.....	109		
bromfenac sodium (once-daily).....	89		
bromocriptine mesylate.....	37		
bromphen-pseudoeph-dm.....	109		
BRUKINSA.....	28		
budesonide.....	63,106		
budesonide er.....	63		
budesonide-formoterol fumarate.....	109		
bumetanide.....	54		
buprenorphine.....	2		
buprenorphine hcl.....	6		
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	6		
bupropion hcl.....	18		
bupropion hcl er (smoking det).....	6		
bupropion hcl er (sr).....	18		
bupropion hcl er (xl).....	18		
buspirone hcl.....	5		
butalbital-acetaminophen.....	96		
butalbital-apap-caff-cod.....	1		
butalbital-apap-caffeine.....	96		
butalbital-asa-caff-codeine.....	1		
butalbital-aspirin-caffeine.....	3		
CABENUVA.....	45		
cabergoline.....	70		
CABLIVI.....	70		
CABOMETYX.....	28		
caffeine citrate.....	108		
calcipotriene.....	59		
calcipotriene-betameth diprop.....	59		
calcitonin (salmon).....	63		
calcitrene.....	59		
CALCITRIOL.....	59,63		
calcitriol.....	63		
CALQUENCE.....	28		
camila.....	80		
camrese.....	73		
camrese lo.....	73		
candesartan cilexetil.....	47		
candesartan cilexetil-hctz.....	51		
CAPLYTA.....	40		
CAPRELSA.....	28,29		
captopril.....	54		
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	51		
carbamazepine.....	15		
carbamazepine er.....	15		
carbidopa.....	38		
carbidopa-levodopa.....	38		
carbidopa-levodopa er.....	38		
carbidopa-levodopa-entacapone.....	38		
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	100		
carglumic acid.....	110		
carisoprodol.....	88		
CARTEOLOL HCL.....	90		
cartia xt.....	49		
carvedilol.....	48		
carvedilol phosphate er.....	48		
caspofungin acetate.....	22		
cataflam.....	3		
CAYSTON.....	7		
caziant.....	73		

C

CEFACLOR	8	ciprofloxacin in d5w	12
CEFACLOR ER	8	ciprofloxacin-dexamethasone	112
cefadroxil	9	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF	112
cefazolin sodium	9	citalopram hydrobromide	19
cefdinir	9	claravis	56
CEFEPIME HCL	9	clarithromycin	11
cefixime	9	clarithromycin er	11
cefotetan disodium	9	CLEOCIN	7
cefoxitin sodium	9	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	100
CEFPODOXIME PROXETIL	9	CLIMARA PRO	73
cefprozil	9	clindacin	56
CEFTAZIDIME	9	clindacin etz	56
ceftriaxone sodium	9	clindacin-p	56
cefuroxime axetil	9	clindamycin hcl	7
cefuroxime sodium	9	clindamycin palmitate hcl	7
celecoxib	3	clindamycin phos (once-daily)	56
cephalexin	9	clindamycin phos (twice-daily)	56
cetirizine hcl	106	clindamycin phos-benzoyl perox	56
cevimeline hcl	46	clindamycin phosphate	7,56
charlotte 24 fe	73	clindamycin phosphate in d5w	7
chateal	73	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	7
chateal eq	73	CLINDESSE	7
CHEMET	60	clobazam	16
chlordiazepoxide-clidinium	64	clobetasol prop emollient base	57
chlorhexidine gluconate	46	clobetasol propionate	57
chloroquine phosphate	36	clobetasol propionate e	57
chlorpromazine hcl	38	clobetasol propionate emulsion	57
chlorthalidone	54	clodan	57
cholestyramine	53	clomipramine hcl	20
cholestyramine light	53	clonazepam	5
ciclodan	56	clonidine	47
ciclopirox	56	clonidine hcl	47
ciclopirox olamine	56	clonidine hcl er	97
cilstostazol	70	clopidogrel bisulfate	70
CILOXAN	12	clorazepate dipotassium	5
CIMDUO	45	clotrimazole	22
cimetidine	64	clotrimazole-betamethasone	59
cinacalcet hcl	63	clovique	60
CIPRO HC	112	clozapine	39
ciprofloxacin	12	COARTEM	36
ciprofloxacin hcl	12,112	COBENFY	38

COBENFY STARTER PACK.....	38	cyanocobalamin.....	62
CODEINE SULFATE.....	1	cyclafem 1/35.....	73
codeine sulfate.....	1	cyclafem 7/7/7.....	73
colchicine.....	23	cyclobenzaprine hcl.....	88
colchicine-probenecid.....	23	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	25
colesevelam hcl.....	53	cyclosporine.....	85
colestipol hcl.....	53	cyclosporine modified.....	85
colistimethate sodium (cba).....	7	cyproheptadine hcl.....	106
COMBIVENT RESPIMAT.....	109	cyred.....	73
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	29	cyred eq.....	73
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	29	CYSTAGON.....	110
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	29	CYSTARAN.....	110
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	100	CYTRA K CRYSTALS.....	67
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	100		
COMPACT SPACE CHAMBER.....	100		
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK.....	100		
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK.....	100		
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK.....	100		
COMPLERA.....	44		
compro.....	21	dabigatran etexilate mesylate.....	68
constulose.....	65	dalfampridine er.....	95
COPIKTRA.....	29	danazol.....	72
CORLANOR.....	51	dantrolene sodium.....	22
CORTIFOAM.....	63	dapsone.....	24,56
CORTISONE ACETATE.....	81	DAPTACEL.....	87
CORTISPORIN-TC.....	112	daptomycin.....	7
CORTROPHIN.....	81	darifenacin hydrobromide er.....	67
COSENTYX.....	84	darunavir.....	43
COSENTYX (300 MG DOSE).....	84	dasatinib.....	29
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	84	dasetta 1/35.....	73
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	84	dasetta 7/7/7.....	73
COSENTYX UNOREADY.....	84	DAURISMO.....	29
COTELLIC.....	29	daysee.....	73
covaryx.....	73	deblitane.....	80
covaryx hs.....	73	decadron.....	81
CREON.....	110	deferasirox.....	60
cromolyn sodium.....	66,89,107	deferiprone.....	60
cryselle-28.....	73	DELSTRIGO.....	44
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	100	delyla.....	73
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	100	demeclacycline hcl.....	12
cvs isopropyl alcohol wipes.....	59	DENGVAXIA.....	87
		DEPO-ESTRADIOL.....	73
		DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	80
		depo-testosterone.....	72
		DERMOTIC.....	112

DESCOVY.....	45	digitek.....	47
desipramine hcl.....	20	digox.....	47
DESLORATADINE.....	106	digoxin.....	47
desloratadine.....	106	dihydroergotamine mesylate.....	24
desmopressin ace spray refrig.....	71	DILANTIN.....	15
desmopressin acetate.....	71	DILANTIN INFATABS.....	15
desmopressin acetate pf.....	71	DILANTIN-125.....	15
desmopressin acetate spray.....	71	dilt-xr.....	49
desogestrel-ethinyl estradiol.....	73	diltiazem hcl.....	49
desonide.....	57	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	49
desoximetasone.....	57	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	50
desrx.....	57	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	50
desvenlafaxine succinate er.....	19	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	50
dexamethasone.....	81	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	50
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	81	diltiazem hcl er.....	50
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	81	diltiazem hcl er beads.....	50
dexamethasone sod phosphate pf.....	81	dimethyl fumarate.....	95
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.81,89		dimethyl fumarate starter pack.....	95
dexmethylphenidate hcl.....	97	DIPENTUM.....	63
dexmethylphenidate hcl er.....	97	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	64
dextroamphetamine sulfate.....	96,97	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	87
dextroamphetamine sulfate er.....	97	dipyridamole.....	70
dextrose.....	60	disopyramide phosphate.....	47
dextrose in lactated ringers.....	60	disulfiram.....	6
DEXTROSE-NACL.....	61	divalproex sodium.....	13
dextrose-sodium chloride.....	61	divalproex sodium er.....	13
DIACOMIT.....	13	dodox.....	62
diazepam.....	5,16	dofetilide.....	47
DIAZEPAM.....	16	dolishale.....	73
diazepam intensol.....	5	donepezil hcl.....	18
diazoxide.....	94	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	18
diclofenac potassium.....	3	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	18
diclofenac sodium.....	3,89	dorzolamide hcl.....	91
diclofenac sodium er.....	3	dorzolamide hcl-timolol mal.....	91
diclofenac-misoprostol.....	3		
dicloxacillin sodium.....	10		
dicyclomine hcl.....	64		
DIFICID.....	11		
DIFLORASONE DIACETATE.....	57		
diflunisal.....	4		
difluprednate.....	89		

dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	91	EFAVIRENZ.....	44
dotti.....	74	efavirenz.....	44
DOVATO.....	43	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	44
doxazosin mesylate.....	48	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	44
doxepin hcl.....	20	effer-k.....	61
doxercalciferol.....	63	ELAPRASE.....	111
doxy 100.....	12	elinest.....	74
doxycycline.....	12	ELIQUIS.....	68
doxycycline hyclate.....	12,13	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	68
doxycycline monohydrate.....	13	elixophyllin.....	108
doxylamine-pyridoxine.....	21	ELMIRON.....	67
DRIZALMA SPRINKLE.....	95	eluryng.....	74
dronabinol.....	21	EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	101
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	101	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	101
DROPLET MICRON.....	101	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	101
DROPLET PEN NEEDLES.....	101	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	101
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	101	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	101
DROSPIREN-ETH ESTRAD-LEVOMEFOL.....	74	EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	102
drospirenone-ethinyl estradiol.....	74	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	102
DROXIA.....	111	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	102
droxidopa.....	47	EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	102
duloxetine hcl.....	95,96	EMBRACE PEN NEEDLES.....	102
DUPIXENT.....	84	emoquette.....	74
dutasteride.....	68	EMSAM.....	19
dutasteride-tamsulosin hcl.....	68	emtricitabine.....	45
E		emtricitabine-tenofovir df.....	45
e.e.s. 400.....	11	EMTRIVA.....	45
EASIVENT.....	101	emzahh.....	80
EASIVENT MASK LARGE.....	101	enalapril maleate.....	54
EASIVENT MASK MEDIUM.....	101	enalapril-hydrochlorothiazide.....	51
EASIVENT MASK SMALL.....	101	ENBREL.....	85
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	101	ENBREL MINI.....	85
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	101	ENBREL SURECLICK.....	85
ec-naproxen.....	4	endocet.....	1
econazole nitrate.....	22	ENGERIX-B.....	87
ed-spaz.....	64	enilloring.....	74
EDURANT.....	44	enoxaparin sodium.....	68
EDURANT PED.....	44	enpresse-28.....	74
eemt.....	74	enskyce.....	74
eemt hs.....	74	entacapone.....	38
		entecavir.....	42

ENTRESTO	51	estarrylla	74
enulose	65	estazolam	111
ENVARSUS XR	85	estradiol	74
EPIDIOLEX	13	estradiol valerate	74
EPIFOAM	59	estradiol-norethindrone acet	74
epinastine hcl	89	estratest h.s.	74
epinephrine	107	ESTRING	74
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	107	eszopiclone	111
epitol	15	ethambutol hcl	25
EPIVIR HBV	42	ethosuximide	17
eplerenone	54	ethynodiol diac-eth estradiol	75
EPRONTIA	13	etodolac	4
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC	102	etodolac er	4
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L	102	etonogestrel-ethinyl estradiol	75
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M	102	etravirine	44
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S	102	EULEXIN	25
EQUETRO	46	euthyrox	82
ergocalciferol	63	everolimus	29,85
ERGOLOID MESYLATES	17	EVOTAZ	43
ERGOTAMINE-CAFFEINE	24	exemestane	28
ERIVEDGE	29	ezetimibe	53
ERLEADA	25	ezetimibe-simvastatin	53
erlotinib hcl	29	F	
errin	80	falmina	75
ertapenem sodium	11	famciclovir	42
ERY	56	famotidine	64
ery-tab	11	FANAPT	40
erythrocin lactobionate	11	FANAPT TITRATION PACK	40
ERYTHROCIN STEARATE	11	FARXIGA	55
erythromycin	11,56,89	fayosim	75
erythromycin base	11	febuxostat	23
erythromycin ethylsuccinate	11	feirza 1.5/30	75
erythromycin lactobionate	11	feirza 1/20	75
escitalopram oxalate	19	felbamate	13
esgc	96	felodipine er	49
eslicarbazepine acetate	15	femynor	75
esomeprazole magnesium	66	fenofibrate	52
est estrogens-methyltest	74	fenofibrate micronized	52
est estrogens-methyltest ds	74	fenofibric acid	52
est estrogens-methyltest hs	74	fentanyl	2

FENTANYL CITRATE	1	fluvastatin sodium er	53
FERRIPROX	60	fluvoxamine maleate	19,20
fesoterodine fumarate er	67	fluvoxamine maleate er	20
FETZIMA	19	FML	89
FETZIMA TITRATION	19	FML FORTE	89
finasteride	68	folic acid	62
fingolimod hcl	95	fondaparinux sodium	68,69
FINTEPLA	13	formoterol fumarate	107
finzala	75	fosamprenavir calcium	43
FIRMAGON	71	fosfomycin tromethamine	8
FIRMAGON (240 MG DOSE)	70	fosinopril sodium	54
flac	112	fosinopril sodium-hctz	51
flavoxate hcl	67	FOTIVDA	29
flecainide acetate	48	FRUZAQLA	27
FLEXICHAMBER	102	fulvestrant	26
fluconazole	22	furosemide	54
fluconazole in sodium chloride	22	FUZEON	45
flucytosine	22	fyavolv	75
fludrocortisone acetate	81	FYCOMPA	13
flunisolide	109		
fluocinolone acetonide	57,112	G	
fluocinolone acetonide body	57	g tussin ac	109
fluocinolone acetonide scalp	57	gabapentin	16
fluocinonide	57	galantamine hydrobromide	18
fluocinonide emulsified base	58	galantamine hydrobromide er	18
fluorometholone	89	gallifrey	80
fluorouracil	59	GAMUNEX-C	83
fluoxetine hcl	19	GARDASIL 9	87
FLUOXETINE HCL	19	gatifloxacin	89
FLUOXETINE HCL (PMDD)	19	gauze pads 2	102
fluphenazine decanoate	38	GAVILYTE-C	66
FLUPHENAZINE HCL	38	gavilyte-g	66
flurandrenolide	58	gavilyte-n with flavor pack	65
FLURAZEPAM HCL	111	GAVRETO	29
FLURBIPROFEN	4	gefitinib	29
FLURBIPROFEN SODIUM	89	gemfibrozil	52
FLUTAMIDE	25	gemmily	75
fluticasone propionate	58,109	GEMTESA	67
fluticasone-salmeterol	109	generlac	65
FLUTICASONE-SALMETEROL	109	gengraf	85
fluvastatin sodium	53	GENTAK	89

gentamicin sulfate.....	7,89	haloette.....	75
GENVOYA.....	43	haloperidol.....	38
GILOTrif.....	30	haloperidol decanoate.....	38
glatiramer acetate.....	95	haloperidol lactate.....	39
glatopa.....	95	HAVRIX.....	87
GLEOSTINE.....	25	heather.....	80
glimepiride.....	92	HEMADY.....	27
glipizide.....	92	hemmorex-hc.....	58
glipizide er.....	92	heparin sodium (porcine).....	69
glipizide xl.....	92	heparin sodium (porcine) pf.....	69
glipizide-metformin hcl.....	92	HEPLISAV-B.....	87
GLUCAGEN HYPOKIT.....	94	HIBERIX.....	87
glucagon emergency.....	94	HIZENTRA.....	83
GLUCAGON EMERGENCY.....	94	HOMATROPAIRE.....	91
glyburide.....	92	HUMALOG.....	94
GLYBURIDE MICRONIZED.....	92	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	94
glyburide-metformin.....	92	HUMALOG KWIKPEN.....	94
glycopyrrolate.....	64,65	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	94
GLYXAMBI.....	92	HUMALOG MIX 75/25.....	94
GNP PEN NEEDLES.....	102	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	94
GOLYTELY.....	66	HUMULIN 70/30.....	94
GOMEKLI.....	30	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	94
granisetron hcl.....	21	HUMULIN N.....	94
griseofulvin microsize.....	22	HUMULIN N KWIKPEN.....	94
griseofulvin ultramicrosize.....	22	HUMULIN R.....	94
guaiatussin ac.....	109	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	94
guaifenesin ac.....	109	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	94
guaifenesin-codeine.....	109	hydralazine hcl.....	55
guanfacine hcl.....	47	hydrochlorothiazide.....	54
guanfacine hcl er.....	97	hydrocod poli-chlorphe poli er.....	109
GYNAZOLE-1.....	22	hydrocodone bit-homatrop mbr.....	109
H		hydrocodone-acetaminophen.....	1
HADLIMA.....	85	hydrocodone-ibuprofen.....	1
HADLIMA PUSHTOUCH.....	85	hydrocortisone.....	58,63
HAEGARDA.....	83	hydrocortisone (perianal).....	58
hailey 1.5/30.....	75	HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE.....	59
hailey 24 fe.....	75	hydrocortisone acetate.....	58
hailey fe 1.5/30.....	75	HYDROCORTISONE BUTYRATE.....	58
hailey fe 1/20.....	75	hydrocortisone valerate.....	58
halobetasol propionate.....	58	hydrocortisone-acetic acid.....	112
		hydromet.....	109

hydromorphone hcl	1,2	INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE	102
HYDROMORPHONE HCL	1	INSPIRACHAMBER/SMALL	102
hydromorphone hcl er	2,3	INSPIREASE	102
hydroxychloroquine sulfate	36	INSULIN LISPRO	94
hydroxyurea	27	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	94
hydroxyzine hcl	106	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	94
hydroxyzine pamoate	106	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	94
hyoscyamine sulfate	65	INSULIN PEN NEEDLES	102
hyoscyamine sulfate er	65	INSULIN SYRINGE 0.3 ML	102
hyosyne	65	INSULIN SYRINGE 0.5 ML	102
		INSULIN SYRINGE 1 ML	102
		INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	103
ibandronate sodium	63	INSUPEN PEN NEEDLES	103
IBRANCE	30	INTELENCE	44
ibu	4	INTRALIPID	103
ibuprofen	4	introvale	75
icatibant acetate	83	INVEGA HAFYERA	40
iclevia	75	INVEGA SUSTENNA	40
ICLUSIG	30	INVEGA TRINZA	40
icosapent ethyl	53	IPOL	87
IDHIFA	30	ipratropium bromide	106
ILEVRO	90	ipratropium-albuterol	109
imatinib mesylate	30	irbesartan	47
IMBRUVICA	30	irbesartan-hydrochlorothiazide	51
imipenem-cilastatin	11	ISENTRESS	43
imipramine hcl	21	ISENTRESS HD	43
imiquimod	59	isibloom	75
IMKELDI	30	isoniazid	25
IMOVAZ RABIES	87	isopropyl alcohol	59
incassia	80	isopropyl alcohol wipes	59
INCRELEX	71	isosorb dinitrate-hydralazine	51
INCRUSE ELLIPTA	106	isosorbide dinitrate	55
indapamide	54	isosorbide mononitrate	55
indomethacin	4	isosorbide mononitrate er	55
indomethacin er	4	isotretinoin	56
INFANRIX	87	isradipine	49
INLYTA	30	ITOVEBI	30
INQOVI	27	itraconazole	23
INREBIC	30	ivabradine hcl	51
INSPIRACHAMBER/LARGE	102	ivermectin	36
INSPIRACHAMBER/MEDIUM	102	IWILFIN	27

IXCHIQ	87	KERENDIA	92
IXIARO	87	ketoconazole	23
J		ketorolac tromethamine	90
jaimiess	75	KINRIX	87
JAKAFI	30	kionex	60
jantoven	69	KISQALI (200 MG DOSE)	31
JANUMET	92	KISQALI (400 MG DOSE)	31
JANUMET XR	92	KISQALI (600 MG DOSE)	31
JANUVIA	92	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	31
JARDIANCE	55	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	31
jasmiel	75	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	31
JAYPIRCA	30,31	klayesta	23
jencycla	80	klor-con	61
JENTADUETO	92	klor-con 10	61
JENTADUETO XR	92	klor-con m10	61
jinteli	75	klor-con m15	61
jolessa	75	klor-con m20	61
joyeaux	75	klor-con/ef	61
juleber	75	KOSELUGO	31
JULUCA	43	kourzeq	46
junel 1.5/30	75	KRAZATI	31
junel 1/20	75	kurvelo	76
junel fe 1.5/30	75	L	
junel fe 1/20	75	I-glutamine	111
junel fe 24	75	labetalol hcl	48
JYNNEOS	87	lacosamide	15
K		lactated ringers	61,103
k-prime	61	lactulose	65
kaitlib fe	75	lactulose encephalopathy	65
kalliga	75	lamivudine	42,45
KALYDECO	108	lamivudine-zidovudine	45
kariva	75	lamotrigine	14
KCL (0.149%) IN NACL	61	lamotrigine er	14
KCL (0.298%) IN NACL	61	lamotrigine starter kit-blue	14
kcl in dextrose-nacl	61	lamotrigine starter kit-green	14
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	61	lamotrigine starter kit-orange	14
kelnor 1/35	76	lansoprazole	66
kelnor 1/50	76	LANTUS	95
KEPIVANCE	46	LANTUS SOLOSTAR	95
		lapatinib ditosylate	31

larin 1.5/30	76	levonorgest-eth estradiol-iron	76
larin 1/20	76	levonorgestrel-ethinyl estrad	76
larin 24 fe	76	levora 0.15/30 (28)	76
larin fe 1.5/30	76	levothyroxine sodium	82
larin fe 1/20	76	levoxyl	82
larissa	76	LEXIVA	43
latanoprost	90	LIBERVANT	16
layolis fe	76	lidocaine	4
LAZCLUZE	27,28	lidocaine hcl	4
leena	76	LIDOCAINE HCL	4
leflunomide	85	lidocaine viscous hcl	4
lenalidomide	26	lidocaine-prilocaine	4
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	31	lidocan	4
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	31	LILETTA (52 MG)	80
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	31	lillow	76
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	31	lincomycin hcl	8
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	31	linezolid	8
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	31	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	8
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	31	LINZESS	65
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	31	liothyronine sodium	82
lessina	76	lisdexamphetamine dimesylate	97
letrozole	28	lisinopril	54
leucovorin calcium	27	lisinopril-hydrochlorothiazide	51
LEUKERAN	25	lithium	46
leuprolide acetate	71	lithium carbonate	46
levalbuterol hcl	107	lithium carbonate er	46
LEVALBUTEROL TARTRATE	107	LIVTENCITY	41
levetiracetam	14	lo-zumandimine	76
levetiracetam er	14	loestrin 1.5/30 (21)	76
levo-t	82	loestrin 1/20 (21)	76
LEVOBUNOLOL HCL	90	loestrin fe 1.5/30	76
levocarnitine	111	loestrin fe 1/20	76
levocarnitine sf	111	lojaimiess	76
levocetirizine dihydrochloride	106	LOKELMA	60
levofloxacin	12	LONSURF	27
LEVOFLOXACIN	12,89	loperamide hcl	64
levofloxacin in d5w	12	lopinavir-ritonavir	43
levonest	76	lorazepam	5
levonorg-eth estrad triphasic	76	lorazepam intensol	5
levonorgest-eth est & eth est	76	LORBRENA	31
levonorgest-eth estrad 91-day	76	loryna	76

losartan potassium.....	47	MEDROL.....	.81
losartan potassium-hctz.....	51	medroxyprogesterone acetate.....	.80
loteprednol etabonate.....	90	mefloquine hcl.....	.37
lovastatin.....	53	megestrol acetate.....	.80
low-ogestrel.....	76	MEKINIST.....	.32
loxapine succinate.....	39	MEKTOVI.....	.32
lubiprostone.....	65	meloxicam.....	.4
LULICONAZOLE.....	23	MELPHALAN.....	.25
LUMAKRAS.....	32	memantine hcl.....	.17
LUMIGAN.....	90	memantine hcl er.....	.17
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	71	memantine hcl-donepezil hcl.....	.17
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	71	MENACTRA.....	.87
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	71	MENEST.....	.77
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	71	MENQUADFI.....	.87
lurasidone hcl.....	40	MENVEO.....	.87
lutera.....	76	MEPHYTON.....	.70
LYBALVI.....	18	meprobamate.....	.5
lyleq.....	80	mercaptopurine.....	.26
lyllana.....	77	meropenem.....	.11
LYNPARZA.....	32	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	.11
LYSODREN.....	27	merzee.....	.77
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	32	mesalamine.....	.63
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	32	mesalamine er.....	.63
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	32	mesna.....	.27
lyza.....	80	metaxalone.....	.88
M		metformin hcl.....	.93
M-M-R II.....	87	metformin hcl er.....	.93
mafenide acetate.....	56	methadone hcl.....	.3
magnesium sulfate.....	61	methadone hcl intensol.....	.3
malathion.....	60	methadose.....	.3
maraviroc.....	45	methazolamide.....	.91
marlissa.....	77	methenamine hippurate.....	.8
MARPLAN.....	19	methergine.....	.103
MATULANE.....	25	methimazole.....	.83
matzim la.....	50	methocarbamol.....	.88
MAVYRET.....	42	METHOTREXATE SODIUM.....	.85
maxi-tuss ac.....	109	methotrexate sodium.....	.86
MAXIDEX.....	.90	methotrexate sodium (pf).....	.86
meclizine hcl.....	21	METHOXSALEN RAPID.....	.59
medpura alcohol pads.....	59	methscopolamine bromide.....	.65
		methylsuximide.....	.17

methyldopa.....	47	minzoya.....	77
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	51	mirtazapine.....	18
methylergonovine maleate.....	103	misoprostol.....	66
methylphenidate hcl.....	97,98	modafinil.....	112
METHYLPHENIDATE HCL ER.....	98	moexipril hcl.....	54
methylphenidate hcl er.....	98	MOLINDONE HCL.....	39
methylphenidate hcl er (cd).....	98	mometasone furoate.....	58,109
methylphenidate hcl er (la).....	98	mondoxyne nl.....	13
methylphenidate hcl er (osm).....	98	mono-linyah.....	77
methylprednisolone.....	81	montelukast sodium.....	106
methylprednisolone acetate.....	81	morgidox.....	13
methylprednisolone sodium succ.....	81	morphine sulfate.....	2
methyltestosterone.....	72	MORPHINE SULFATE.....	2
metoclopramide hcl.....	21	morphine sulfate (concentrate).....	2
METOCLOPRAMIDE HCL.....	21	morphine sulfate er.....	3
metolazone.....	54	MOUNJARO.....	93
metoprolol succinate er.....	48	MOVANTIK.....	65
metoprolol tartrate.....	49	moxifloxacin hcl.....	12,89
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	51	MOXIFLOXACIN HCL.....	12
metronidazole.....	8	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	89
metyrosine.....	52	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	12
mexiletine hcl.....	48	MRESVIA.....	87
mibelas 24 fe.....	77	MULTAQ.....	48
micafungin sodium.....	23	MULTI-VIT-FLOR.....	61
MICONAZOLE 3.....	23	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE.....	61
MICROCHAMBER.....	103	multi-vitamin/fluoride/iron.....	61
microgestin 1.5/30.....	77	MULTIVITAMIN W/FLUORIDE.....	61
microgestin 1/20.....	77	MULTIVITAMIN/FLUORIDE.....	61
microgestin 24 fe.....	77	mupirocin.....	57
microgestin fe 1.5/30.....	77	MUSE.....	70
microgestin fe 1/20.....	77	mycophenolate mofetil.....	86
MICROSPACER.....	103	mycophenolate mofetil hcl.....	86
midodrine hcl.....	47	mycophenolate sodium.....	86
mifepristone.....	71	mycophenolic acid.....	86
MIGERGOT.....	24	myorisan.....	56
miglitol.....	93	MYRBETRIQ.....	67
mili.....	77		
mimvey.....	77		
minitran.....	55		
minocycline hcl.....	13		
minoxidil.....	55		
		na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	65
		nabumetone.....	4
		nadolol.....	49

N

nafcillin sodium.....	10	nikki.....	.77
nafrinse.....	61	nilutamide.....	25
naftifine hcl.....	23	nimodipine.....	49
NAGLAZYME.....	111	NINLARO.....	32
naloxone hcl.....	6	nisoldipine er.....	49
naltrexone hcl.....	6	nitazoxanide.....	37
NAMZARIC.....	18	nitisinone.....	111
naproxen.....	4	NITRO-BID.....	55
naproxen dr.....	4	NITRO-DUR.....	55
naproxen sodium.....	4	NITRO-TIME.....	55
naratriptan hcl.....	23	nitrofurantoin.....	8
NATACYN.....	89	nitrofurantoin macrocrystal.....	8
nateglinide.....	93	nitrofurantoin monohyd macro.....	8
NAYZILAM.....	4	nitroglycerin.....	55
nebivolol hcl.....	49	NITROSTAT.....	55
nebusal.....	110	NIVA THYROID.....	82
necon 0.5/35 (28).....	77	NIVESTYM.....	69
NEFAZODONE HCL.....	20	NIZATIDINE.....	64
neo-polycin.....	91	nolix.....	58
neo-polycin hc.....	91	nora-be.....	80
neomycin sulfate.....	7	norelgestromin-eth estradiol.....	77
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	91	norethin ace-eth estrad-fe.....	77
neomycin-polymyxin-dexameth.....	91	norethin-eth estradiol-fe.....	77
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	91	norethindron-ethinyl estrad-fe.....	77
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	91	norethindrone.....	80
neomycin-polymyxin-hc.....	112	norethindrone acet-ethinyl est.....	77
NERLYNX.....	32	norethindrone acetate.....	80
nevirapine.....	44	norethindrone-eth estradiol.....	77
NEVIRAPINE.....	44	norgestim-eth estrad triphasic.....	77
NEVIRAPINE ER.....	44	norgestimate-eth estradiol.....	77
nevirapine er.....	44	norlyda.....	.80
NEXPLANON.....	.80	norlyroc.....	80
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	53	NORMOSOL-M IN D5W.....	62
niacin er (antihyperlipidemic).....	53	nortrel 0.5/35 (28).....	.77
NIACOR.....	53	nortrel 1/35 (21).....	.78
nicardipine hcl.....	49	nortrel 1/35 (28).....	.78
NICOTROL.....	6	nortrel 7/7/7.....	.78
NICOTROL NS.....	6	nortriptyline hcl.....	.21
nifedipine.....	49	NORVIR.....	.43
nifedipine er.....	49	NOVOFINE 32G X 6 MM MISC.....	103
nifedipine er osmotic release.....	49	NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC.....	103

NP THYROID.....	82	ONUREG.....	26
NUBEQA.....	26	OPIPZA.....	40
NUEDEXTA.....	96	OPSUMIT.....	105
nulev.....	65	OPTICHAMBER DIAMOND.....	103
NULYTELY LEMON-LIME.....	66	OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK.....	103
NUPLAZID.....	40	OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK.....	103
NURTEC.....	24	OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK.....	103
NUTRILIPID.....	103	OPVEE.....	103
nyamyc.....	23	oralone.....	46
nylia 1/35.....	78	ORGOVYX.....	71
nylia 7/7/7.....	78	ORSERDU.....	26
NYMALIZE.....	49	orsythia.....	78
nymyo.....	78	oscimin.....	65
nystatin.....	23	oscimin sr.....	65
nystatin-triamcinolone.....	59	oseltamivir phosphate.....	42
nystop.....	23	OSPHENA.....	80
NYVEPRIA.....	69	OTEZLA.....	59,84

O

ocella.....	78
octreotide acetate.....	71
OCTREOTIDE ACETATE.....	71
ODEFSEY.....	44
ODOMZO.....	32
OFEV.....	107
ofloxacin.....	12,89,112
OGSIVEO.....	32
OJEMDA.....	32
OJJAARA.....	27
olanzapine.....	40
olanzapine-fluoxetine hcl.....	18
olmesartan medoxomil.....	47
olmesartan medoxomil-hctz.....	52
olmesartan-amlodipine-hctz.....	52
olopatadine hcl.....	106
omega-3-acid ethyl esters.....	53
omeprazole.....	66
OMNITROPE.....	66,71
ondansetron.....	21
ONDANSETRON HCL.....	22
ondansetron hcl.....	22

ONUREG.....	26
OPIPZA.....	40
OPSUMIT.....	105
OPTICHAMBER DIAMOND.....	103
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK.....	103
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK.....	103
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK.....	103
OPVEE.....	103
oralone.....	46
ORGOVYX.....	71
ORSERDU.....	26
orsythia.....	78
oscimin.....	65
oscimin sr.....	65
oseltamivir phosphate.....	42
OSPHENA.....	80
OTEZLA.....	59,84
oxaprozin.....	4
oxazepam.....	6
oxcarbazepine.....	15
oxiconazole nitrate.....	23
oxybutynin chloride.....	67
oxybutynin chloride er.....	67
oxycodone hcl.....	2
oxycodone-acetaminophen.....	2
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	2
oxymorphone hcl.....	2
OXYMORPHONE HCL ER.....	3
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	93
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	93
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	93

P

pacerone.....	48
paliperidone er.....	41
PANRETIN.....	36
pantoprazole sodium.....	66
paricalcitol.....	63,64
paroxetine hcl.....	20
PAROXETINE HCL.....	20
paroxetine hcl er.....	20

paroxetine mesylate	20	phenytoin	15
PAXLOVID	46	phenytoin infatabs	15
PAXLOVID (150/100)	46	phenytoin sodium extended	15
PAXLOVID (300/100)	46	philith	78
pazopanib hcl	32	phospho-trin k500	67
pb-hyoscy-atropine-scopolamine	65	phytonadione	70
PEDIARIX	87	PIFELTRO	44
PEDVAX HIB	87	pilocarpine hcl	46,91
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	66	pimecrolimus	58
peg-3350/electrolytes	66	PIMOZIDE	39
peg-3350/electrolytes/ascorbat	66	pimtrea	78
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	66	pindolol	49
PEG-PREP	66	pioglitazone hcl	93
PEGASYS	83	pioglitazone hcl-glimepiride	93
PEMAZYRE	32	pioglitazone hcl-metformin hcl	93
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	103	piperacillin sod-tazobactam so	11
PEN NEEDLES	103	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	33
PENBRAYA	103	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	33
penciclovir	57	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	33
penicillamine	67	pirfenidone	107
penicillin g potassium	10	PIRFENIDONE	107
PENICILLIN G SODIUM	10	pirmella 1/35	78
penicillin v potassium	10	pirmella 7/7/7	78
PENTACEL	87	piroxicam	4
pentamidine isethionate	37	PLENU	66
pentazocine-naloxone hcl	2	POCKET CHAMBER	103
pentoxifylline er	52	POCKET SPACER	103
perindopril erbumine	54	podofilox	59
periogard	46	POLY-VI-FLOR	62
permethrin	60	polycin	91
perphenazine	21	polymyxin b sulfate	8
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	19	polymyxin b-trimethoprim	89
PERSERIS	41	POMALYST	26
pfizerpen	10	portia-28	78
phenazo	67	posaconazole	23
phenazopyridine hcl	67	pot & sod cit-cit ac	67
phenelzine sulfate	19	potassium chloride	62
phenobarbital	16	potassium chloride crys er	62
phenobarbital-belladonna alk	65	potassium chloride er	62
phenohydro	65	potassium chloride in dextrose	62
phenytek	15	potassium chloride in nacl	62

potassium citrate er.....	62	prochlorperazine maleate.....	21
potassium citrate-citric acid.....	67	procto-med hc.....	58
pramipexole dihydrochloride.....	37	procto-pak.....	58
pramipexole dihydrochloride er.....	37	PROCTOFOAM HC.....	59
PRAMOSONE.....	59	proctosol hc.....	58
prasugrel hcl.....	70	proctozone-hc.....	58
pravastatin sodium.....	53	progesterone.....	80
praziquantel.....	36	PROGRAF.....	86
prazosin hcl.....	48	PROLASTIN-C.....	111
prednisolone.....	81	PROLIA.....	64
prednisolone acetate.....	90	PROMACTA.....	69,70
prednisolone sodium phosphate.....	81	promethazine hcl.....	21,106
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	90	PROMETHAZINE VC.....	110
prednisone.....	81	PROMETHAZINE VC/CODEINE.....	110
PREDNISONE INTENSOL.....	81	promethazine-codeine.....	110
pregabalin.....	96	promethazine-dm.....	110
PREMARIN.....	78	promethazine-phenyleph-codeine.....	110
PREMASOL.....	62	promethazine-phenylephrine.....	110
premium lidocaine.....	5	promethegan.....	21
PREMPHASE.....	78	propafenone hcl.....	48
PREMPRO.....	78	propafenone hcl er.....	48
prenatal vitamins.....	62	proparacaine hcl.....	91
prevalite.....	53	propranolol hcl.....	49
previfem.....	78	propranolol hcl er.....	49
PREVYMIC.....	42	PROPRANOLOL-HCTZ.....	52
PREZCOBIX.....	43	propylthiouracil.....	83
PREZISTA.....	43,44	PROQUAD.....	87
PRIFTIN.....	25	protriptyline hcl.....	21
primaquine phosphate.....	37	pseudoeph-bromphen-dm.....	110
primidone.....	16	PULMICORT FLEXHALER.....	106
PRIORIX.....	87	pulmosal.....	110
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	103	PULMOZYME.....	108
PRO COMFORT SPACER ADULT.....	103	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	104
PRO COMFORT SPACER CHILD.....	103	PURE COMFORT SPACER CHAMBER.....	104
PRO COMFORT SPACER INFANT.....	103	pyrazinamide.....	25
probencid.....	23	pyridostigmine bromide.....	24
PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	103	pyridostigmine bromide er.....	24
PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	104	pyrimethamine.....	37
procenutra.....	97		
PROCHAMBER VHC.....	104		
prochlorperazine.....	21	qc alcohol.....	59

Q

qc alcohol..... 59

QINLOCK	27	REZUROCK	84
QUADRACEL	87	RHOPRESSA	91
quetiapine fumarate	41	RIBAVIRIN	42
quetiapine fumarate er	41	ribavirin	42
QUFLORA PEDIATRIC	62	RIDAURA	84
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	104	rifabutin	24
quinapril hcl	54	rifampin	25
quinapril-hydrochlorothiazide	52	riluzole	96
quinidine gluconate er	48	RIMANTADINE HCL	42
quinidine sulfate	48	ringers	62
quinine sulfate	37	ringers irrigation	104
R			
ra isopropyl alcohol wipes	59	RINVOQ	84
RABAVERT	87	RINVOQ LQ	84
rabeprazole sodium	66	risedronate sodium	64
RALDESY	20	risperidone	41
raloxifene hcl	80	risperidone microspheres er	41
ramelteon	111	RITEFLO	104
ramipril	54	ritonavir	44
ranolazine er	52	rivastigmine	18
rasagiline mesylate	38	rivastigmine tartrate	18
reclipsen	78	rivelsa	78
RECOMBIVAX HB	88	rizatriptan benzoate	24
REGRANEX	59	ROCKLATAN	91
relafen	4	roflumilast	108
RELENZA DISKHALER	42	ROMVIMZA	33
RENTHYROID	82	ropinirole hcl	37
repaglinide	93	ropinirole hcl er	37
REPATHA	53	rosadan	8
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	53	rosuvastatin calcium	53
REPATHA SURECLICK	53	ROTARIX	88
RESTASIS	91	ROTATEQ	88
RESTASIS MULTIDOSE	91	roweepra	14
RETACRIT	70	ROZLYTREK	33
RETEVMO	33	RUBRACA	33
REVLIMID	26	rufinamide	16
REVUFORJ	33	RUKOBIA	45
REXULTI	41	RYBELSUS	93
REYATAZ	44	RYDAPT	33
REZLIDHIA	33	S	
		sajazir	83

saline bacteriostatic	104	SODIUM OXYBATE	112
salsalate	4	sodium phenylbutyrate	111
SANDIMMUNE	86	sodium polystyrene sulfonate	60
SANTYL	59	solifenacin succinate	67
sapropterin dihydrochloride	111	SOLTAMOX	26
SCEMBLIX	33	SOMAVERT	.71
scopolamine	21	sorafenib tosylate	33
SECUADO	41	sorine	48
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	104	sotalol hcl	48
selegiline hcl	38	sotalol hcl (af)	48
selenium sulfide	58	SPINOSAD	60
SELZENTRY	45,46	SPIRIVA RESPIMAT	106
SEREVENT DISKUS	107	spironolactone	54
sertraline hcl	20	spironolactone-hctz	52
setlakin	78	sprintec 28	78
sharobel	80	SPRITAM	14
SHINGRIX	88	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	60
SIGNIFOR	71	sronyx	78
sildenafil citrate	68,105	ssd	59
SILIGENTLE FOAM DRESSING	104	SSS 10-5	59
silodosin	68	STAVUDINE	45
silver sulfadiazine	59	STELARA	84
SIMBRINZA	91	sterile water for irrigation	104
SIMLANDI (1 PEN)	86	STIOLTO RESPIMAT	110
SIMLANDI (1 SYRINGE)	86	STIVARGA	34
SIMLANDI (2 PEN)	86	STREPTOMYCIN SULFATE	7
SIMLANDI (2 SYRINGE)	86	STRIBILD	43
simliya	78	subvenite	14
simpesse	78	subvenite starter kit-blue	14
simvastatin	53	subvenite starter kit-green	14
sirolimus	86	subvenite starter kit-orange	14
SIRTURO	25	sucralfate	66
SKYRIZI	84	sulfacetamide sodium	89
SKYRIZI (150 MG DOSE)	84	sulfacetamide sodium (acne)	56
SKYRIZI PEN	84	sulfacetamide sodium-sulfur	60
SMOFLIPID	104	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	.92
sod citrate-citric acid	68	sulfadiazine	12
sodium chloride	62,110	sulfamethoxazole-trimethoprim	12
sodium chloride (pf)	62	sulfasalazine	.63
sodium chloride bacteriostatic	104	sulfatrim pediatric	.12
sodium fluoride	62	sulindac	.4

sumatriptan	24	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	104
sumatriptan succinate	24	TEFLARO	9
SUMATRIPTAN SUCCINATE	24	telmisartan	47
sumatriptan succinate refill	24	telmisartan-amlodipine	52
sunitinib malate	34	telmisartan-hctz	52
SUNLENCA	46	temazepam	111
SURE COMFORT PEN NEEDLES	104	TEMIXYS	45
syeda	78	TENCON	96
symax-sl	65	TENIVAC	88
symax-sr	65	tenofovir disoproxil fumarate	45
SYMPAZAN	16	TEPMETKO	34
SYMTUZA	44	terazosin hcl	48
SYNAREL	71	terbinafine hcl	23
SYNJARDY	93	terbutaline sulfate	107
SYNJARDY XR	93	terconazole	23
SYNRIBO	34	teriflunomide	95
SYNTHROID	82	TERIPARATIDE (RECOMBINANT)	64
T		testosterone	72
TABLOID	26	testosterone cypionate	72
TABRECTA	34	TESTOSTERONE ENANTHATE	72
tacrolimus	58,86	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD	88
tadalafil	68	tetrabenazine	96
tadalafil (pah)	105	tetracycline hcl	13
TAFINLAR	34	THALOMID	26
tafluprost (pf)	90	THEO-24	108
TAGRISSO	34	theophylline	108
TALZENNA	34	theophylline er	108
tamoxifen citrate	26	thioridazine hcl	39
tamsulosin hcl	68	thiotepa	25
tarina 24 fe	78	thiothixene	39
tarina fe 1/20	78	THYROID	82
tarina fe 1/20 eq	78	tiadylt er	50
TASIGNA	34	tiagabine hcl	17
tasimelteon	111	TIBSOVO	34
taysofy	78	ticagrelor	70
tazarotene	56	TICOVAC	88
TAZICEF	9	tigecycline	8
taztia xt	50	tilia fe	78
TAZVERIK	34	timolol hemihydrate	90
TDVAX	88	timolol maleate	49,90
		timolol maleate (once-daily)	90

timolol maleate ocudose.....	.90	TRESIBA FLEXTOUCH.....	.95
timolol maleate pf.....	.90	tretinoin.....	.36,56
tinidazole.....	.8	TREXALL.....	.86
tiotropium bromide monohydrate.....	.107	tri femynor.....	.78
tis-u-sol.....	.104	tri-estarylla.....	.79
TIVICAY.....	.43	tri-legest fe.....	.79
TIVICAY PD.....	.43	tri-linyah.....	.79
tizanidine hcl.....	.22	tri-lo-estarylla.....	.79
TOBRADEX.....	.92	tri-lo-marzia.....	.79
tobramycin.....	.89,108	tri-lo-mili.....	.79
tobramycin sulfate.....	.7	tri-lo-sprintec.....	.79
tobramycin-dexamethasone.....	.92	tri-mili.....	.79
TOBREX.....	.89	tri-nymyo.....	.79
TOLAK.....	.60	tri-previfem.....	.79
tolterodine tartrate.....	.67	tri-sprintec.....	.79
tolterodine tartrate er.....	.67	TRI-VITE/FLUORIDE.....	.62
topiramate.....	.14	tri-vylibra.....	.79
TOPIRAMATE.....	.14	tri-vylibra lo.....	.79
topiramate er.....	.14	triamcinolone acetonide.....	.46,58
toremifene citrate.....	.26	triamterene.....	.54
torsemide.....	.54	triamterene-hctz.....	.52
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	.95	triazolam.....	.111
TOUJEO SOLOSTAR.....	.95	tricitrates.....	.68
tovet.....	.58	triderm.....	.58
TPN ELECTROLYTES.....	.62	trientine hcl.....	.60
TRACLEER.....	.105	TRIENTINE HCL.....	.60
TRADJENTA.....	.93	trifluoperazine hcl.....	.39
tramadol hcl.....	.2	TRIFLURIDINE.....	.89
tramadol hcl (er biphasic).....	.3	trihexyphenidyl hcl.....	.37
tramadol hcl er.....	.3	TRIKAFTA.....	.108
tramadol-acetaminophen.....	.2	trimethobenzamide hcl.....	.21
trandolapril.....	.55	trimethoprim.....	.8
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	.52	trimipramine maleate.....	.21
tranexamic acid.....	.70	TRINTELLIX.....	.20
tranylcypromine sulfate.....	.19	TRIUMEQ.....	.45
travoprost (bak free).....	.90	TRIUMEQ PD.....	.45
trazodone hcl.....	.20	trivora (28).....	.79
TRECATOR.....	.25	TRIZIVIR.....	.45
TRELEGY ELLIPTA.....	.110	trospium chloride.....	.67
TRELSTAR MIXJECT.....	.71	trospium chloride er.....	.67
TRESIBA.....	.95	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	.104

TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	104	VANDAZOLE.....	8
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	104	VANFLYTA.....	34
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	104	VAQTA.....	88
TRULICITY.....	93	vardenafil hcl.....	68
TRUMENBA.....	88	varenicline tartrate.....	6
TRUQAP.....	34	varenicline tartrate (starter).....	6
TUKYSA.....	34	varenicline tartrate(continue).....	6
tulana.....	80	VARIVAX.....	88
TURALIO.....	34	VAXCHORA.....	88
turqoz.....	79	VECAMYL.....	52
TWINRIX.....	88	VELIVET.....	79
TYBOST.....	46	VENCLEXTA.....	34,35
tydemy.....	79	VENCLEXTA STARTING PACK.....	35
TYMLOS.....	64	venlafaxine hcl.....	20
TYPHIM VI.....	88	venlafaxine hcl er.....	20
U		VEOZAH.....	96
UBRELVY.....	24	verapamil hcl.....	50
UDENYCA.....	70	VERAPAMIL HCL ER.....	50
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE.....	104	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	105
UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	104	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	105
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	105	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	105
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	105	VERQUVO.....	52
unithroid.....	83	VERSACLOZ.....	39
ursodiol.....	66	VERZENIO.....	35
V		vestura.....	79
valacyclovir hcl.....	43	vienna.....	79
VALCHLOR.....	60	vigabatrin.....	17
valganciclovir hcl.....	42	vigadronе.....	17
valproate sodium.....	15	VIGAFYDE.....	17
valproic acid.....	15	vigpoder.....	17
valsartan.....	47	vilazodone hcl.....	20
valsartan-hydrochlorothiazide.....	52	VIMKUNYA.....	88
VALTOCO 10 MG DOSE.....	17	viorele.....	79
VALTOCO 15 MG DOSE.....	17	VIRACEPT.....	44
VALTOCO 20 MG DOSE.....	17	VIREAD.....	45
VALTOCO 5 MG DOSE.....	17	virtussin a/c.....	110
valtya 1/50.....	79	virtussin ac w/alc.....	110
vanadom.....	88	vitamin d (ergocalciferol).....	64
vancomycin hcl.....	8	VITRAKVI.....	35
		VIVOTIF.....	88
		VIZIMPRO.....	35

volnea.....	79	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	42
VONJO.....	27	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	42
VORANIGO.....	35	XOLAIR.....	85
voriconazole.....	23	XOSPATA.....	35
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD.....	105	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	35
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER.....	105	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	35
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK.....	105	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	35
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER.....	105	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	35
VOWST.....	105	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	35
VRAYLAR.....	41	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	35
vyfemla.....	79	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	35
vylibra.....	79	XTANDI.....	26
VYZULTA.....	90	xulane.....	79

W

warfarin sodium.....	69
water for irrigation, sterile.....	105
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	105
WELIREG.....	27
wera.....	79
wixela inhub.....	110
wymzya fe.....	79

X

XALKORI.....	35
xarah fe.....	79
XARELTO.....	69
XARELTO STARTER PACK.....	69
XATMEP.....	86
XCOPRI.....	15,16
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	16
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	16
XDEMVY.....	92
XELJANZ.....	84
XELJANZ XR.....	84
xelria fe.....	79
XERMELO.....	64
XGEVA.....	64
XIFAXAN.....	8
XIGDUO XR.....	93
XiIDRA.....	92

Y

YF-VAX.....	88
yuvafem.....	79

Z

zafemy.....	79
zafirlukast.....	106
zaleplon.....	111
ZARXIO.....	70
zebutal.....	96
ZEJULA.....	36
ZELBORA F.....	36
zenatane.....	56
zenzedi.....	97
zidovudine.....	45
ziprasidone hcl.....	41
ziprasidone mesylate.....	41
ZIRGAN.....	89
zoledronic acid.....	64
ZOLINZA.....	27
zolmitriptan.....	24
zolpidem tartrate.....	111
zolpidem tartrate er.....	112
ZONISADE.....	16
zonisamide.....	16
ZONTIVITY.....	69
zovia 1/35 (28).....	79

zovia 1/35e (28).....	79
ZTALMY.....	17
zumandimine.....	80
ZURZUVAE.....	19
ZYDELIG.....	36
ZYKADIA.....	36
ZYLET.....	92
ZYPREXA RELPREVV.....	41



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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



Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o 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 ਸਿਰਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកច្ចោមតំណែនកិត្តផ្ទៃដើម្បីរើសរាយសំណុរាណា
ដែលអ្នកបានអំពីសុខភាព បុគ្គលូមិនចាប់បីយើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកច្ចោមតំណែន
ស្ថិកទូរសព្ទមកយើងខ្លួន 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនឹងយាយភាសាដើម្បីអ្នកចាន់
សេវានេះ: ចំណែកផ្ទៃ: ១៩១

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
ແຜ່ນການຍາຂອງພວກເຂົາ. ແຜ່ນໃຫ້ໄດ້ຮັບນາລັບອາດຈະມີກ່ຽວກັບສູຂະພາບ 1-800-776-4466. ມີຜົກ້າ
ວານາລາວ ສາມາດຊ່ວຍຫຼັງທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ແສລ່ຍ່າງ.

Armenian Անզ մոտ 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 05/27/2025 . 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/medformulary2025.

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