



Blue Shield of California Medicare Rx Plan (PDP)

Formulario de 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

N.º de identificación del formulario 24335, versión **28**

Este formulario se actualizó el **06/20/2024** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al **(888) 239-6469** o al **711** para los usuarios del sistema TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o visite el sitio web **blueshieldca.com/medformulary2024**.

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

A53850-1023(06/24)

Y0118_23_376B_C_SP 07212023

06/20/2024

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

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos “nosotros” o “nuestro(s)”, se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Blue Shield of California Medicare Rx Plan.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida desde el **06/20/2024** . Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

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

¿Qué es el formulario de Blue Shield of California Medicare Rx Plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados entre nuestro plan y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados, que son una parte necesaria de los programas de tratamiento de calidad. Por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que están en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, se obtenga en una farmacia de la red del plan y se respeten otras reglas del plan. Si necesita más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, lea su Evidencia de Cobertura.

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero nuestro plan puede agregar o quitar medicamentos de la lista durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios.

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

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, es posible que mantengamos el medicamento de marca en nuestra lista, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas. Si está tomando ese medicamento de marca, es

posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.

- o Si hacemos un cambio así, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield of California Medicare Rx Plan?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) cree que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante lo retira del mercado, quitaremos de inmediato ese medicamento del formulario y les avisaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca del formulario. A ese medicamento de marca también podemos agregarle restricciones nuevas o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o las dos cosas. También es posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado a algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarles a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha de comienzo del cambio o cuando el miembro pida una repetición del medicamento, momento en el que el miembro recibirá un suministro de 30 días de ese medicamento.
 - o Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield of California Medicare Rx Plan?”.

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2024 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto lo descrito anteriormente. Por lo tanto, estos medicamentos seguirán estando disponibles para los miembros que los toman, con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura. Este año, no recibirá ningún aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, esos cambios podrían afectarlo, por lo que es importante que revise la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido desde el **06/20/2024** . Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2024.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

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

Por orden alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 115 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde se puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA porque tienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. Además, los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Nuestro plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de nuestro plan antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan le da 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, nuestro plan exige que primero intente tratar su problema de salud con ciertos medicamentos antes de que cubramos otro medicamento para tratar el problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B, a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B.

Puede ver si hay más límites o requisitos para su medicamento en el formulario que empieza en la página 1. Para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos, también puede visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

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

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

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

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

- Puede pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrese la 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 of California Medicare Rx Plan?

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

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

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

En términos generales, nuestro plan aprobará su pedido de excepción solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no son tan eficaces para tratar su problema de salud o le provocan efectos médicos adversos.

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

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

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que sí esté en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, tal vez necesite que le demos una autorización previa antes de que pueda obtener su medicamento recetado. Debe hablar con su médico para decidir si le conviene cambiar su medicamento por otro apropiado que cubramos o si debe pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras deciden qué es lo mejor para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días si sus medicamentos no están en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlos es limitada. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicación como máximo. Después de su primer suministro de 30 días, dejaremos de pagar esos medicamentos, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Si usted está en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtener medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras pide una excepción del formulario.

Nuestra política de transición se aplica a miembros con problemas de salud estabilizados con:

- Medicamentos de la Parte D que no están en el formulario del plan.
- Medicamentos de la Parte D anteriormente cubiertos por excepción una vez que termina la excepción.
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario del plan y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D como los anteriores que no se pueden distinguir entre medicamentos recetados nuevos o existentes en el punto de servicio.

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

- Son miembros nuevos después del período coordinado de elección anual.
- Son miembros elegibles por primera vez y que vienen de otra cobertura al empezar el año del contrato.
- Son personas que cambian de un plan de Blue Shield a otro después de empezar el año del contrato.
- Son miembros que están en centros LTC.
- En algunos casos, son miembros actuales afectados por los cambios en el formulario de un año del plan al siguiente.

Los miembros que sigan con la cobertura en un nuevo año del plan y tengan cambios negativos en el formulario tendrán cobertura continuada de medicamentos seleccionados en el nuevo año del plan, según lo dispuesto por nuestro plan y de acuerdo con la guía de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) sobre los medicamentos de la Parte D. A los miembros del plan que tomen medicamentos que no se seleccionaron para tener cobertura continuada automática se les brindará un proceso de transición que se ajuste a los requisitos de los nuevos miembros que empiezan un nuevo año del plan. La política de transición se extenderá de un año del plan a otro si un miembro necesita un suministro de transición y se inscribe en un plan que empiece el 1 de noviembre o el 1 de diciembre.

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con

Servicio al Cliente de nuestro plan si quieren recibir ayuda para iniciar un pedido de autorización previa o de excepción. Los formularios para pedir una autorización previa o una excepción están disponibles en nuestro sitio web. También se envían por correo postal, correo electrónico o fax a pedido de los miembros y los profesionales que hacen las recetas.

De acuerdo con nuestra política de transición y junto con las farmacias de la red, para evitar interrupciones en un tratamiento continuo, se brindará un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario, o de medicamentos que estén en el formulario, pero tengan restricciones de cobertura. Este suministro temporal también brinda suficiente tiempo para que los miembros y los profesionales que les hacen las recetas puedan cambiar el medicamento por otro de igual acción terapéutica que esté en el formulario o puedan completar un pedido de excepción del formulario por necesidad médica. Los pedidos de autorización previa para medicamentos del formulario se evalúan teniendo en cuenta los criterios de cobertura aprobados por CMS, y los pedidos de excepción del formulario se evalúan según la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos o técnicos en farmacia de Blue Shield. Si se rechaza un pedido de excepción del formulario, le enviaremos al profesional que hace las recetas una lista de alternativas terapéuticas adecuadas. Además, usted recibirá una carta con instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

El suministro de transición es un suministro temporal de 30 días del medicamento que no está en el formulario (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar un total de 30 días de medicamento). El suministro de transición se brinda por única vez y se puede obtener en una farmacia de venta al por menor durante los primeros 90 días de la membresía nueva, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura de nuestro plan. Con un suministro total de 30 días como máximo, se pueden repetir las recetas de transición que se hayan brindado en menor cantidad que la indicada, debido a un cambio en el límite de cantidad del plan por motivos de seguridad o a cambios en el uso del medicamento según las indicaciones de la etiqueta aprobada del producto. Si un cambio negativo en el formulario lo afecta de un año al siguiente, le daremos un suministro temporal de hasta 30 días del medicamento que no está en el formulario, en caso de que necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Las farmacias LTC y de venta al por menor tienen la capacidad de autorizar, en el punto de venta, la cobertura de un suministro de transición de un medicamento que no esté en el formulario, que requiera autorización previa o que tenga requisitos de tratamiento escalonado, a menos que el medicamento esté sujeto a una revisión para determinar si corresponde a la Parte B o a la Parte D, o se hayan puesto límites para impedir la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D o para fomentar el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Cubriremos un suministro de 30 días (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta llegar a un total de 30 días de medicamento). En el caso de los miembros elegibles para recibir un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos brindados en el proceso de transición no superará las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros elegibles para el LIS. En el caso de los demás miembros

(los que no tengan acceso al LIS), para los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario y se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería para los medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueben mediante una excepción del formulario; y para los medicamentos del formulario sujetos a cambios en la administración del uso que se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería una vez cumplidos los criterios de administración del uso. Después de completar el proceso de excepciones y determinar que las dosis de los medicamentos de la Parte D recetadas originalmente son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

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

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

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

Cómo obtener más información

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

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

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

Formulario del plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 115 .

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA

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

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

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

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

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

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

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

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

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

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

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

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

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

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

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

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

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

BENZODIACEPINAS

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

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

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

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

DEPENDENCIA A OPIOIDES

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

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

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

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

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

REVERTIDORES OPIOIDEOS

<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)</i>	gen	
NALOXONE HCL 2 MG/0.4ML SOLN A-INJ	gen	PA, QL (0.8 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	gen	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	gen	

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

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

ANTIBACTERIANOS, OTROS

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

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

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

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

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

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

BETALACTÁMICOS, PENICILINAS

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

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

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

CARBAPENÉMICOS

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

MACRÓLIDOS

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

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

QUINOLONAS

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

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

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

SULFONAMIDAS

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

TETRACICLINAS

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

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS, OTROS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	gen	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h)</i>	gen	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	npd	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	gen	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	npd	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	npd	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (5 mg chew tab, 21 x 25 mg & 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>roweepira (500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>roweepira xr 500 mg tab er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)

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

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

AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINO BUTÍRICO (GABA)

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

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

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

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
---------------------------------	-----	-------------------

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

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

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

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

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

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

ANTIDEMENCIALES

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

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

ANTIDEMENCIALES, OTROS

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

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

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

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

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

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

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

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

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

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

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

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

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

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

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

TRICÍCLICOS

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

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

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

Si necesita información sobre 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>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 12.5 mg tab, 25 mg suppos, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	PA
<i>promethegan 12.5 mg suppos</i>	gen	PA, ED
<i>promethegan 25 mg suppos</i>	gen	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	gen	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	gen	

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

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

ANTIESPÁSTICOS

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

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

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

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

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

ANTIGOTOSOS

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

ANTIJAQUECOSOS

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

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

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

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

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

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

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

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

ANTIANDRÓGENOS

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

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

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

ANTIANGIOGÉNICOS

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

ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES

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

ANTIMETABOLITOS

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

ANTINEOPLÁSICOS, OTROS

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

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

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

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

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

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

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

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

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

INHIBIDORES DE ENZIMAS

OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (64 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN

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

INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES

ALECENSA 150 MG CAP	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	spec	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

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

Si necesita información sobre 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>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	spec	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	spec	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	spec	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (42 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre 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>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	spec	LA, QL (112 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	spec	LA, QL (140 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	spec	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre 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>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	spec	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	spec	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	spec	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	spec	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	spec	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 20 MG TAB	spec	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	spec	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	spec	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	spec	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	spec	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TAGRISO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO (125 MG CAP, 200 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
UKONIQ 200 MG TAB	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	brd	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	spec	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	spec	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	spec	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	spec	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre 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
ZEJULA 100 MG CAP	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	spec	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	spec	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

RETINOIDES

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

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

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

ANTIPROTOZOICOS

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

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

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

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

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

ANTICOLINÉRGICOS

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

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

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

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

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)

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

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

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

ANTIPSIÓTICOS

PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS

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

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

RESISTENTES AL TRATAMIENTO

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

SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	npd	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.75 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	spec	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	inj	QL (0.25 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	spec	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	spec	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	spec	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (80 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab disp, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 20 mg tab, 20 mg tab disp)</i>	gen	
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	inj	
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 9 mg tab er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	spec	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	

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

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

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

PREVYMIS 240 MG TAB	spec	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	spec	QL (100 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	gen	QL (18 PER 1 DAYS)
ZIRGAN 0.15 % GEL	npd	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ANTIGRIPALES

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	gen	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	gen	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	gen	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	gen	QL (60 PER 180 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	gen	
XOFLUZA (40 MG DOSE) (OFLUZA MG DOSE) 1 40 MG TAB THPK, OFLUZA MG DOSE) 2 20 MG TAB THPK)	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	npd	QL (1 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTIHEPATÍICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)

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

ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C

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

ANTIHERPÉTICOS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRIFLURIDINE 1% SOLUTION	gen	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	gen	

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)

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

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	brd	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	brd	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 200 MG CAP	brd	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 400 MG CAP	brd	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	brd	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	gen	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	gen	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR (100 MG CAP, 100 MG PACKET)	brd	QL (12 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	brd	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	brd	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	brd	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	gen	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	npd	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	brd	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	brd	QL (4 PER 1 DAYS)

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

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

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

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	gen	QL (30 PER 1 DAYS)
---	-----	--------------------

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

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	spec	QL (4 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	spec	QL (6 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
FUZEON 90 MG RECON SOLN	spec	QL (60 PER 30 OVER TIME)

Si necesita información sobre 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>maraviroc 150 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	npd	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY (25 MG TAB, 75 MG TAB)	brd	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	brd	QL (60 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	spec	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	spec	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

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

BUCODENTALES

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

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

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

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

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

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

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	gen	
<i>disopyramide phosphate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	gen	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	gen	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	gen	

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

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

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA

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

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

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

Si necesita información sobre 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>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml solution, 40 mg tab, 40 mg/5ml solution, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h, er 120 mg cap er 24h, er 160 mg cap er 24h)</i>	gen	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

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

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

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

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

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

CARDIOVASCULARES, OTROS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	gen	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i>	gen	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	gen	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	gen	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	gen	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	gen	
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	npd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	npd	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	gen	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
<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>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	gen	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	gen	

Si necesita información sobre 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>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	gen	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	spec	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	gen	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	gen	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	gen	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	gen	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	gen	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	gen	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	gen	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	gen	
<i>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)</i>	gen	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	gen	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	gen	
VECAMYL 2.5 MG TAB	gen	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VYNDAMAX 61 MG CAP	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

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

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

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

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

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

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	brd	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	gen	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	ST
DIURÉTICOS, ASA		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	inj	
<i>furosemide (8 mg/ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	gen	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	inj	
<i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION	npd	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	gen	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
<i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>enalapril maleate 1 mg/ml solution</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	gen	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	gen	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	gen	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	gen	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	gen	

VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

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

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

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

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	gen	
--	-----	--

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

ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

<i>acyclovir 5 % cream</i>	gen	PA, QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	gen	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	gen	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo, 8 % solution)</i>	gen	
<i>clindacin 1 % foam</i>	gen	
<i>clindamycin phosphate (1 % foam, 1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution)</i>	gen	
<i>dapsone (5 % gel, 7.5 % gel)</i>	gen	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME)
ERY 2 % PAD	gen	
<i>erythromycin (2 % gel, 2 % solution)</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>mafenide acetate 5 % packet</i>	gen	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	gen	
<i>penciclovir 1 % cream</i>	gen	PA, QL (5 PER 30 OVER TIME)
SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM	npd	

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	gen	
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	gen	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	gen	
ANUSOL-HC 2.5 % CREAM	gen	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	gen	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	gen	
CAPEX 0.01 % SHAMPOO	npd	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>	gen	
<i>clobetasol propionate 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>clobetasol propionate emulsion 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>clodan 0.05 % shampoo</i>	gen	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	gen	
<i>desonide 0.05 % gel</i>	gen	PA
<i>desoximetasone (0.05 % cream, 0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	gen	
<i>desoximetasone (0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.25 % liquid)</i>	gen	ST
<i>desrx 0.05 % gel</i>	gen	PA
DIFLORASONE DIACETATE 0.05 % CREAM	gen	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.01 % solution, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	gen	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	gen	

Si necesita información sobre 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 0.1 % cream</i>	gen	ST
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>flurandrenolide (0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	gen	PA
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	gen	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	gen	QL (200 PER 28 OVER TIME)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	gen	
<i>hydrocortisone (perianal) ((perianal) 1 % cream, (perianal) 2.5 % cream)</i>	gen	
<i>hydrocortisone butyrate (0.1 % cream, 0.1 % solution)</i>	gen	ST
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	gen	ST
<i>mometasone furoate 0.1 % solution</i>	gen	
<i>nolix 0.05 % lotion</i>	gen	PA
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	gen	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	gen	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	gen	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	gen	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	gen	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>tovet 0.05 % foam</i>	gen	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	gen	
<i>triamcinolone acetonide 0.147 mg/gm aero soln</i>	gen	PA
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	gen	

DERMATOLÓGICOS, OTROS

<i>ANALPRAM-HC 2.5-1 % LOTION</i>	brd	
<i>avar-e emollient 10-5 % cream</i>	gen	ED
<i>avar-e green 10-5 % cream</i>	gen	ED
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment, 0.005 % solution)</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>	gen	PA
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	gen	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	gen	
<i>clotrimazole-betamethasone (1-0.05 % cream, 1-0.05 % lotion)</i>	gen	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	gen	PA, QL (100 PER 30 OVER TIME)
EPIFOAM 1-1 % FOAM	brd	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % cream, 5 % solution)</i>	gen	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	gen	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	gen	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	gen	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	gen	
OTEZLA 30 MG TAB	spec	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	gen	
PRAMOSONE (1-1 % LOTION, 1-2.5 % LOTION)	brd	
PROCTOFOAM HC 1-1 % FOAM	brd	
REGRANEX 0.01 % GEL	brd	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	brd	QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	gen	
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	spec	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SODIUM SULFACETAMIDE-BAKUCHIOL 10 % LIQUID	gen	ED
<i>ssd 1 % cream</i>	gen	
<i>sss 10-5 10-5 % cream</i>	gen	
SSS 10-5 10-5 % FOAM	gen	ED
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	spec	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur (10-5 % lotion, 10-5 % suspension)</i>	gen	ED
<i>sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % cream</i>	gen	
TOLAK 4 % CREAM	brd	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>ivermectin 1 % cream</i>	gen	PA, QL (45 PER 30 OVER TIME)
LINDANE 1 % SHAMPOO	gen	
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	gen	
<i>permethrin 5 % cream</i>	gen	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	gen	QL (240 PER 30 OVER TIME)

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

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

QUELANTES DE FOSFATO

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

QUELANTES DE POTASIO

<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	gen	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SPS 15 GM/60ML SUSPENSION	gen	
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	brd	

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

AMINOSYN II 10 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMINOSYN-PF 10 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	spec	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
HEPATAMINE 8 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
KCL (0.149%) IN NAACL 20-0.9 MEQ/L-% SOLUTION	inj	
KCL (0.298%) IN NAACL 40-0.9 MEQ/L-% SOLUTION	inj	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	inj	
<i>klor-con (8 tab er, 20 packet)</i>	gen	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	gen	
<i>klor-con sprinkle (8 cap er, 10 cap er)</i>	gen	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	inj	
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	inj	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>potassium chloride (10 % solution, 20 meq packet, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>potassium chloride (2 meq/ml solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 40 meq/100ml solution)</i>	inj	
<i>potassium chloride crys er (cris er 10 tab er, cris er 15 tab er, cris er 20 tab er)</i>	gen	
<i>potassium chloride er (er 8 cap er, er 8 tab er, er 10 cap er, er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	gen	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	inj	
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	gen	
PREMASOL 10 % SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	inj	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	inj	

VITAMINAS

<i>adc/f (0.5mg/ml) 0.5 mg/ml solution</i>	gen	
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml solution</i>	gen	ED
<i>dextrose (5 % solution, 10 % solution)</i>	inj	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	inj	
<i>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution)</i>	inj	
<i>dodex 1000 mcg/ml solution</i>	gen	ED
<i>effer-k 25 meq effer tab</i>	gen	ED
<i>folic acid 1 mg tab</i>	gen	ED
<i>k-prime 25 meq effer tab</i>	gen	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	inj	
<i>klor-con/ef 25 meq effer tab</i>	gen	ED
<i>lactated ringers solution</i>	inj	
<i>levocarnitine (1 gm/10ml solution, 330 mg tab)</i>	gen	
<i>levocarnitine sf 1 gm/10ml solution</i>	gen	
MULTI-VIT-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	ED

Si necesita información sobre 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>multi-vitamin/fluoride 0.25 mg/ml solution</i>	gen	ED
<i>multi-vitamin/fluoride/iron 0.25-10 mg/ml solution</i>	gen	ED
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE (W/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, W/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, W/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
MULTIVITAMIN/FLUORIDE (MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.25 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 0.5 MG CHEW TAB, MULTIVITAMIN/FLUORIDE 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
<i>multivitamins/fluoride 0.5 mg chew tab</i>	gen	ED
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	gen	
POLY-VI-FLOR (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE (20-5 MEQ/L-% SOLUTION, 40-5 MEQ/L-% SOLUTION)	inj	
<i>prenatal vitamins</i>	brd	
QUFLORA PEDIATRIC (0.25 MG CHEW TAB, 0.5 MG CHEW TAB, 1 MG CHEW TAB)	gen	ED
<i>ringers solution</i>	inj	
<i>ringers irrigation solution</i>	gen	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	gen	
<i>tis-u-sol solution</i>	gen	
TPN ELECTROLYTES CONC	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tri-vite/fluoride (tri-vite/fluoride 0.25 mg/ml solution, tri-vite/fluoride 0.5 mg/ml solution)</i>	gen	
<i>vitamins acd-fluoride 0.25 mg/ml solution</i>	gen	

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	gen	
DIPENTUM 250 MG CAP	npd	PA
<i>mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>mesalamine (400 mg cap dr, 800 mg tab dr)</i>	gen	ST, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 500 mg cap er</i>	gen	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	gen	

GLUCOCORTICOIDES

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

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alendronate sodium (5 mg tab, 10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab, 70 mg/75ml solution)</i>	gen	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	gen	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap, 1 mcg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ergocalciferol 1.25 mg (50000 ut) cap</i>	gen	ED
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	spec	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	gen	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
NATPARA (25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE)	spec	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>paricalcitol (2 mcg/ml solution, 5 mcg/ml solution)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	inj	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>risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab, 35 mg tab, 35 mg tab dr, 150 mg tab)</i>	gen	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	spec	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	spec	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
<i>vitamin d (ergocalciferol) ((ergocalciferol) 1.25 mg (50000 ut) cap, (ergocalciferol) 50000 unit cap)</i>	gen	ED
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	spec	QL (1.7 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	gen	
<i>cimetidine hcl (300 mg/5ml solution, 400 mg/6.67ml solution)</i>	gen	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/5ml recon susp)</i>	gen	
<i>nizatidine (15 mg/ml solution, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	gen	

ANTIDIARREICOS

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

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsyr, 1 mg/10ml soln prsyr)</i>	inj	
<i>chlordiazepoxide-clidinium 5-2.5 mg cap</i>	gen	QL (8 PER 1 DAYS), ED
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 20 mg tab)</i>	gen	PA
<i>ed-spaz 0.125 mg tab disp</i>	gen	ED
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>	gen	PA

Si necesita información sobre 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>hyoscyamine sulfate (0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab, 0.125 mg tab disp, 0.125 mg/5ml elixir, 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	ED
<i>hyoscyamine sulfate er 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	ED
<i>hyosyne (0.125 mg/5ml elixir, 0.125 mg/ml solution)</i>	gen	ED
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>nulev 0.125 mg tab disp</i>	gen	ED
<i>oscimin (0.125 mg sl tab, 0.125 mg tab)</i>	gen	ED
<i>oscimin sr 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	ED
<i>pb-hyoscy-atropine-scopolamine 16.2 mg tab</i>	gen	ED
<i>pb-hyoscy-atropine-scopolamine 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), ED
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg tab</i>	gen	ED
<i>phenobarbital-belladonna alk 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), ED
<i>phenohydro 16.2 mg tab</i>	gen	ED
<i>phenohydro 16.2 mg/5ml elixir</i>	gen	QL (40 PER 1 DAYS), ED
<i>symax-sl 0.125 mg sl tab</i>	gen	ED
<i>symax-sr 0.375 mg tab er 12h</i>	gen	ED

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	gen	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	gen	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	gen	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	gen	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTI (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	gen	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	brd	

Si necesita información sobre 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 WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN	brd	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	gen	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln</i>	gen	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln</i>	gen	
PEG-PREP 5-210 MG-GM KIT	gen	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	brd	
RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION)	spec	PA
<i>trilyte 420 gm recon soln</i>	gen	

GASTROINTESTINALES, OTROS

GATTEX 5 MG KIT	spec	PA, LA
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	gen	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	gen	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	brd	
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	gen	
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	spec	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	spec	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
<i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

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

PROTECTORES

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

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

<i>darifenacin hydrobromide er 15 mg tab er 24h</i>	gen	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darifenacin hydrobromide er 7.5 mg tab er 24h</i>	gen	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er 24h, er 8 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	gen	
GEMTESA 75 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	brd	
<i>oxybutynin chloride (5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h, er 15 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er 24h, er 4 mg cap er 24h)</i>	gen	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	gen	
<i>tropium chloride er 60 mg cap er 24h</i>	gen	

GENITOURINARIOS, OTROS

<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
CYTRA K CRYSTALS 3300-1002 MG PACKET	gen	ED
ELMIRON 100 MG CAP	brd	
MUSE (125 MCG PELLETT, 250 MCG PELLETT, 500 MCG PELLETT, 1000 MCG PELLETT)	brd	PA, QL (6 PER 30 OVER TIME), ED
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	spec	PA
<i>phenazo 200 mg tab</i>	gen	ED
<i>phenazopyridine hcl (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	gen	ED

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>phospho-trin k500 500 mg tab</i>	gen	ED
<i>pot & sod cit-cit ac 550-500-334 mg/5ml solution</i>	gen	ED
<i>potassium citrate-citric acid 1100-334 mg/5ml solution</i>	gen	ED
<i>sildenafil citrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME), ED
<i>sod citrate-citric acid (1.5-1 gm/15ml solution, 3-2 gm/30ml solution, 500-334 mg/5ml solution)</i>	gen	ED
<i>taron-crystals 3300-1002 mg packet</i>	gen	ED
THIOLA EC (EC 100 MG TAB DR, EC 300 MG TAB DR)	spec	PA, LA
<i>tiopronin (100 mg tab, 100 mg tab dr, 300 mg tab dr)</i>	spec	PA
<i>tricitrates 550-500-334 mg/5ml solution</i>	gen	ED
<i>varденаfil hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 20 mg tab)</i>	gen	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME), ED

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	brd	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i>	inj	QL (60 PER 30 OVER TIME)

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

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

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	gen	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 40 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 60 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 100 MCG/ML SOLUTION)	inj	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, FREE) 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, FREE) 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 200 MCG/ML SOLUTION, FREE) 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	spec	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	npd	PA
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	spec	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	spec	PA

HEMOSTÁTICOS

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

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	gen	
--	-----	--

Si necesita información sobre 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>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	gen	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	inj	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	inj	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	gen	
EGRIFTA 1 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	spec	PA
GENOTROPIN MINIQUICK (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	spec	PA
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	spec	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	spec	PA

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

ANDRÓGENOS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ESTEROIDES ANABOLIZANTES		
ANADROL-50 50 MG TAB	npd	
<i>oxandrolone (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
ESTRÓGENOS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>amabelz (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	gen	
<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>amethia lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>amethyst 90-20 mcg tab</i>	gen	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>blisovi 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	gen	
<i>charlotte 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
CLIMARA PRO 0.045-0.015 MG/DAY PATCH WK	brd	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>covaryx 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	ED
<i>covaryx hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	ED
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	inj	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	gen	
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	gen	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>drospiren-eth estrad-levomefol (3-0.02-0.451 mg tab, 3-0.03-0.451 mg tab)</i>	gen	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	gen	
<i>eemt 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	ED
<i>eemt hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	ED
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>est estrogens-methyltest (rogens-methylt0.625-1.25 mg tab, rogens-methylt1.25-2.5 mg tab)</i>	gen	ED
<i>est estrogens-methyltest ds 1.25-2.5 mg tab</i>	gen	ED
<i>est estrogens-methyltest hs 0.625-1.25 mg tab</i>	gen	ED
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	gen	QL (8 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.25 mg/0.25gm gel, 0.5 mg tab, 0.5 mg/0.5gm gel, 0.75 mg/0.75gm gel, 1 mg tab, 1 mg/gm gel, 1.25 mg/1.25gm gel, 2 mg tab, 10 mcg tab)</i>	gen	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	gen	
<i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	gen	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	brd	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	gen	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>fayosim 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>finzala 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>gemmily 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	gen	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>kaitlib fe 0.8-25 mg-mcg chew tab</i>	gen	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>larin 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<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	

Si necesita información sobre 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>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>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab, 90-20 mcg tab)</i>	gen	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>lopreeza 1-0.5 mg tab</i>	gen	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	gen	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>melodetta 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	npd	
<i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>mibelas 24 fe 1-20 mg-mcg(24) chew tab</i>	gen	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	gen	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>nikki 3-0.02 mg tab</i>	gen	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	gen	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1-20 mg-mcg(24) cap, 1-20 mg-mcg(24) chew tab, 1-20 mg-mcg(24) tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	gen	
<i>norethin-eth estradiol-fe (0.4-35 chew tab, 0.8-25 chew tab)</i>	gen	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	gen	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	gen	
<i>norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)</i>	gen	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	npd	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	brd	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	brd	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	brd	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>rivelsa 42-21-21-7 days tab</i>	gen	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	gen	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	gen	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	gen	
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg(24) tab</i>	gen	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>taysofy 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	gen	
<i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	gen	
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	gen	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	gen	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	gen	
<i>tydemy 3-0.03-0.451 mg tab</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	gen	
vestura 3-0.02 mg tab	gen	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	gen	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	gen	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	gen	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	gen	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	gen	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	gen	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	gen	
yuvafem 10 mcg tab	gen	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	gen	
zarah 3-0.03 mg tab	gen	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	gen	
zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab	gen	
zumandimine 3-0.03 mg tab	gen	

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

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

PROGESTINAS

camila 0.35 mg tab	gen	
deblitane 0.35 mg tab	gen	
DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	inj	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	inj	
errin 0.35 mg tab	gen	
heather 0.35 mg tab	gen	
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	spec	
incassia 0.35 mg tab	gen	
jencycla 0.35 mg tab	gen	
lyleq 0.35 mg tab	gen	
lyza 0.35 mg tab	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i>	inj	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	gen	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	gen	PA
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	gen	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>progesterone (50 mg/ml oil, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	gen	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	gen	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	gen	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

<i>alclometasone dipropionate 0.05 % cream</i>	gen	
<i>anucort-hc 25 mg suppos</i>	gen	ED
<i>anusol-hc 25 mg suppos</i>	gen	ED
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	gen	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	gen	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	gen	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	gen	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	gen	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	spec	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	gen	
<i>desonide 0.05 % lotion</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>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	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dexamethasone sodium phosphate (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution)</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dexamethasone sodium phosphate (4 mg/ml soln prsy, 4 mg/ml solution, 20 mg/5ml solution, 120 mg/30ml solution)</i>	inj	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	gen	
HEMADY 20 MG TAB	npd	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hemmorex-hc 25 mg suppos</i>	gen	ED
<i>hydrocortisone acetate 25 mg suppos</i>	gen	ED
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	gen	ST
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % ointment</i>	gen	
MEDROL 2 MG TAB	brd	
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	gen	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	inj	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	inj	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	gen	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	gen	
<i>prednisolone sodium phosphate (6.7 (5 base) mg/5ml solution, 10 mg/5ml solution, 15 mg/5ml solution, 20 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution)</i>	gen	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	gen	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	gen	

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

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

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

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

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	gen	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	spec	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	inj	
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	spec	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG KIT, (3-MONTH) 22.5 MG KIT)	spec	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	spec	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	spec	
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml soln 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>	inj	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	spec	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	spec	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	spec	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION)	spec	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	spec	
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	gen	

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

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

INMUNOESTIMULANTES

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

INMUNOGLOBULINAS

BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	spec	PA, LA
CARIMUNE NF (6 GM RECON SOLN, 12 GM RECON SOLN)	spec	PA
FLEBOGAMMA DIF (0.5 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)	spec	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (S/D 5 GM RECON SOLN, S/D 10 GM RECON SOLN)	spec	PA
GAMMAKED (1 GM/10ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION)	spec	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GAMMAPLEX (5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA, LA
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLUTION)	spec	PA, LA
PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	spec	PA

INMUNOLÓGICOS, OTROS

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	spec	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BEYFORTUS (50 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	inj	
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN PEN, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN PEN, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	spec	PA
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	spec	PA, LA
OTEZLA 10 & 20 & 30 MG TAB THPK	spec	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
RIDAURA 3 MG CAP	brd	
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	spec	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

INMUNOSUPRESORES

<i>azasan (75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine 50 mg/ml solution</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (4.08 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	spec	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	spec	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>engraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMIRA (10 MG/0.1ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT)	spec	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 PEN) (PEN) 40 MG/0.4ML PEN KIT, (PEN) 40 MG/0.8ML PEN KIT)	spec	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 SYRINGE) 40 MG/0.8ML PREF SY KT	spec	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA 40 MG/0.4ML PREF SY KT	spec	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT	spec	PA, QL (4 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML PREF SY KT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HUMIRA PEN 80 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	spec	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (12 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	spec	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	gen	
<i>methotrexate sodium (50 mg/2ml solution, 250 mg/10ml solution, 1000 mg/40ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) ((pf) 1 gm/40ml solution, (pf) 50 mg/2ml solution, (pf) 250 mg/10ml solution)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 1 gm recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	gen	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 500 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	inj	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZUROCK 200 MG TAB	spec	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	spec	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	npd	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	npd	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VACUNAS		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	brd	VAC
ACTHIB RECON SOLN	brd	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	brd	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	brd	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	brd	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	brd	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	brd	
DENGVAXIA RECON SUSP	brd	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	brd	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)	brd	VAC
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	brd	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	brd	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	brd	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	brd	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	brd	
IPOL INJECTABLE	brd	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	inj	
IXIARO SUSPENSION	inj	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	brd	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	
M-M-R II RECON SOLN	brd	VAC
MENACTRA SOLUTION	brd	VAC
MENQUADFI SOLUTION	brd	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	brd	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	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
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	brd	
PENBRAYA RECON SUSP	brd	
PENTACEL RECON SUSP	brd	
PREHEVBRIIO 10 MCG/ML SUSPENSION	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
PRIORIX RECON SUSP	brd	VAC
PROQUAD RECON SUSP	brd	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	brd	
RABAVERT RECON SUSP	brd	VAC
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	brd	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	brd	
ROTATEQ SOLUTION	brd	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	brd	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	brd	VAC
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	brd	VAC
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)	inj	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	brd	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	brd	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	brd	VAC
YF-VAX INJECTABLE	inj	VAC

MIORRELAJANTES

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

Si necesita información sobre 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>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	gen	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	gen	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

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

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

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

OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS

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

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

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

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

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

Si necesita información sobre 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>timolol maleate ocudose 0.5 % solution</i>	gen	
<i>timolol maleate pf (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	gen	

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

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

OFTÁLMICOS, OTROS

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>altafrin (2.5 % solution, 10 % solution)</i>	gen	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	gen	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
BLEPHAMIDE 10-0.2 % SUSPENSION	brd	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	gen	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	gen	
HOMATROPAIRE 5 % SOLUTION	gen	ED
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	gen	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	gen	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	gen	

Si necesita información sobre 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>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	gen	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	gen	
<i>phenylephrine hcl (2.5 % solution, 10 % solution)</i>	gen	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	gen	
<i>proparacaine hcl 0.5 % solution</i>	gen	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	brd	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	brd	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	npd	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	gen	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	brd	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	gen	
XIIDRA 5 % SOLUTION	brd	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	brd	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	
BYETTA 10 MCG PEN 10 MCG/0.04ML SOLN PEN	npd	PA, QL (2.4 PER 28 OVER TIME)
BYETTA 5 MCG PEN 5 MCG/0.02ML SOLN PEN	npd	PA, QL (1.2 PER 28 OVER TIME)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	gen	
<i>glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	gen	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	gen	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	gen	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	npd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	gen	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er 24h, er 750 mg tab er 24h)</i>	gen	
<i>migliol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 5 MG/0.5ML SOLN PEN, 7.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 10 MG/0.5ML SOLN PEN, 12.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 15 MG/0.5ML SOLN PEN)	brd	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	gen	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	brd	PA, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN, (MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN)	brd	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	gen	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre 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>pioglitazone hcl-metformin hcl (-metformin 15-500 mg tab, -metformin 15-850 mg tab)</i>	gen	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	brd	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TOLBUTAMIDE 500 MG TAB	gen	
TRADJENTA 5 MG TAB	brd	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 3 MG/0.5ML SOLN PEN, 4.5 MG/0.5ML SOLN PEN)	brd	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	brd	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H)	brd	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	brd	QL (1 PER 1 DAYS)

GLUCÉMICOS

BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	brd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	gen	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	brd	QL (2 PER 2 OVER TIME)

INSULINAS

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

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

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

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

BETASERON 0.3 MG KIT	spec	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 20 MG/ML SOLN PRSYR	spec	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)

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

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

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	spec	PA, LA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
INGREZZA 40 MG CAP	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
NUEDEXTA 20-10 MG CAP	brd	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>riluzole 50 mg tab</i>	gen	
TENCON 50-325 MG TAB	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zebutal 50-325-40 mg cap</i>	gen	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

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

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

Si necesita información sobre 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>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>procentra 5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 15 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 20 mg tab</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 30 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

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

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

Si necesita información sobre 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 ER (ER 18 MG TAB ER, ER 18 MG TAB ER 24H, ER 27 MG TAB ER, ER 27 MG TAB ER 24H, ER 54 MG TAB ER, ER 54 MG TAB ER 24H)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
METHYLPHENIDATE HCL ER (ER 36 MG TAB ER, ER 36 MG TAB ER 24H)	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) (er (la) 20 mg cap er 24h, er (la) 30 mg cap er 24h, er (la) 40 mg cap er 24h, er (la) 60 mg cap er 24h)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (la) 10 mg cap er 24h</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (osm) (er (osm) 18 mg tab er, er (osm) 27 mg tab er, er (osm) 54 mg tab er)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (osm) 36 mg tab er</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	gen	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	gen	QL (3 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	brd	ED
AEROCHAMBER MV MISC	brd	ED
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	brd	
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	brd	
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE (DEVICE, MISC)	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM (DEVICE, MISC)	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL (DEVICE, MISC)	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK MISC	brd	ED
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU MISC	brd	ED
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR MISC	brd	ED

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM MISC	brd	ED
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL MISC	brd	ED
AEROVENT PLUS DEVICE	brd	ED
AIRIAL CHAMBER DEVICE	brd	ED
ALCOHOL 70% PADS	gen	
ALCOHOL PREP PAD	gen	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	gen	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	gen	
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
<i>argyle sterile water solution</i>	gen	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	brd	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	brd	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	brd	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	brd	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	brd	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	gen	
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT DEVICE	brd	ED
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD DEVICE	brd	ED
BREATHE EASE LARGE DEVICE	brd	ED
BREATHE EASE MEDIUM DEVICE	brd	ED
BREATHE EASE SMALL DEVICE	brd	ED

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BREATHERITE MISC	brd	ED
BREATHERITE COLL SPACER ADULT MISC	brd	ED
BREATHERITE COLL SPACER CHILD MISC	brd	ED
BREATHERITE COLL SPACER INFANT MISC	brd	ED
BREATHERITE RIGID SPACER/MASK MISC	brd	ED
BREATHERITE SPACER NEONATE MISC	brd	ED
BREATHERITE SPACER SMALL CHILD MISC	brd	ED
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	brd	ED
BREATHERITE/LARGE MASK MISC	brd	ED
BREATHERITE/MEDIUM MASK MISC	brd	ED
BREATHERITE/SMALL MASK MISC	brd	ED
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	gen	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	ED
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	brd	
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	brd	ED
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	brd	ED
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	brd	ED
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	brd	ED
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	gen	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	brd	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (SYRINGE/NEEDLE 29G 1/2" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
EASIVENT MISC	brd	ED
EASIVENT MASK LARGE MISC	brd	ED
EASIVENT MASK MEDIUM MISC	brd	ED
EASIVENT MASK SMALL MISC	brd	ED

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (1/2" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.3 ML MISC)	brd	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	brd	
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC DEVICE	brd	ED
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	brd	ED
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M DEVICE	brd	ED
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	brd	ED
FLEXICHAMBER DEVICE	brd	ED
<i>gauze pads 2</i>	gen	
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	brd	ED
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	brd	ED
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	brd	ED
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE	brd	ED
INSPIREASE MISC	brd	ED
INSULIN PEN NEEDLES	brd	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	brd	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	brd	
INSULIN SYRINGE 1 ML	brd	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	gen	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
IWILFIN 192 MG TAB	spec	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAGEVRIO 200 MG CAP	npd	QL (40 PER 30 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LITEAIRE DEVICE	brd	ED
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	gen	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	gen	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	gen	
MICROCHAMBER (DEVICE, MISC)	brd	ED
MICROSPACER MISC	brd	ED
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	brd	
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	brd	
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER DIAMOND (DEVICE, MISC)	brd	ED
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	brd	ED
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK MISC	brd	ED
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE MISC	brd	ED
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM MISC	brd	ED
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL MISC	brd	ED
OPTIHALER (DEVICE, MISC)	brd	ED
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	npd	QL (2 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	brd	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	brd	QL (60 PER 30 OVER TIME)
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
POCKET CHAMBER DEVICE	brd	ED
POCKET SPACER DEVICE	brd	ED
PRIMEAIRE HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	ED
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
PRO COMFORT SPACER ADULT MISC	brd	ED

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PRO COMFORT SPACER CHILD MISC	brd	ED
PRO COMFORT SPACER INFANT DEVICE	brd	ED
PROCARE SPACER/ADULT MASK DEVICE	brd	ED
PROCARE SPACER/CHILD MASK DEVICE	brd	ED
PROCHAMBER VHC DEVICE	brd	ED
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
PURE COMFORT SPACER CHAMBER DEVICE	brd	ED
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	gen	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	gen	
RITEFLO DEVICE	brd	ED
<i>saline bacteriostatic 0.9 % solution</i>	inj	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	brd	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	gen	
<i>sodium chloride bacteriostatic 0.9 % solution</i>	inj	
<i>sterile water for irrigation solution</i>	gen	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
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	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	brd	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	brd	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	brd	
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	brd	ED
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	brd	ED

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VORTEX HOLDING CHAMBER/MASK DEVICE	brd	ED
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	brd	ED
WATCHHALER DEVICE	brd	ED
<i>water for irrigation, sterile solution</i>	gen	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

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

ANTIHIISTAMÍNICOS

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

Si necesita información sobre 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>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	gen	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	gen	
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	gen	QL (30.5 PER 30 DAYS)
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution</i>	gen	PA

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

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

ANTILEUCOTRIENOS

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

BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS

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

BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS

<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	gen	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	gen	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	gen	QL (36 PER 30 OVER TIME)

Si necesita información sobre 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>albuterol sulfate (0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab)</i>	gen	
ALBUTEROL SULFATE ER (ER 4 MG TAB ER 12H, ER 8 MG TAB ER 12H)	gen	
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	gen	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	gen	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	gen	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	gen	
<i>terbutaline sulfate 1 mg/ml solution</i>	inj	

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

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

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

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

FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

CAYSTON 75 MG RECON SOLN	spec	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	spec	QL (150 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SYMDEKO (50-75 75 MG TAB THPK, 100-150 150 MG TAB THPK)	spec	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TOBI PODHALER 28 MG CAP	spec	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	spec	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

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

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

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

Si necesita información sobre 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>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	brd	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	brd	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	gen	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	gen	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>g tussin ac 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>guaiaatussin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>guaifenesin ac 100-10 mg/5ml syrup</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>guaifenesin-codeine (100-10 mg/5ml solution, 200-20 mg/10ml solution)</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er 10-8 mg/5ml susp</i>	gen	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg tab</i>	gen	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>hydromet 5-1.5 mg/5ml solution</i>	gen	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	gen	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>maxi-tuss ac 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>nebusal 3 % nebu soln</i>	gen	ED
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	spec	PA, LA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	spec	PA, LA, QL (0.4 PER 28 OVER TIME)
PROMETHAZINE VC 6.25-5 MG/5ML SYRUP	gen	PA
PROMETHAZINE VC/CODEINE 6.25-5-10 MG/5ML SYRUP	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>promethazine-codeine (6.25-10 mg/5ml solution, 6.25-10 mg/5ml syrup)</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml syrup</i>	gen	PA, ED
<i>promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5ml syrup</i>	gen	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, ED

Si necesita información sobre 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>promethazine-phenylephrine 6.25-5 mg/5ml syrup</i>	gen	PA
<i>pseudoeph-bromphen-dm 30-2-10 mg/5ml syrup</i>	gen	ED
<i>pulmosal 7 % nebu soln</i>	gen	ED
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	spec	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride (3 % nebu soln, 7 % nebu soln, 10 % nebu soln)</i>	gen	ED
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	brd	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>virtussin a/c 100-10 mg/5ml solution</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>virtussin ac w/alc 100-10 mg/5ml liquid</i>	gen	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, ED
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	gen	QL (60 PER 30 DAYS)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	npd	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	spec	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ENDARI 5 GM PACKET	spec	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>javygtor (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	spec	PA
<i>miglustat 100 mg cap</i>	spec	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	spec	PA
PROCYSBI (25 MG CAP DR, 75 MG CAP DR)	spec	PA, LA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	spec	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	spec	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	spec	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	spec	PA, LA
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	spec	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	spec	PA, LA
VYNDAQEL 20 MG CAP	spec	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>yargesa 100 mg cap</i>	spec	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	npd	

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

<i>estazolam (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
FLURAZEPAM HCL (15 MG CAP, 30 MG CAP)	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre 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>tasimelteon 20 mg cap</i>	spec	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam (22.5 mg cap, 30 mg cap)</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 7.5 mg cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	gen	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab er</i>	gen	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er</i>	gen	QL (2 PER 1 DAYS)

EUGEROICOS

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

ÓTICOS

CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	npd	
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	gen	
<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	44,45	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK	101
abacavir sulfate-lamivudine	45	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	101
abacavir-lamivudine-zidovudine	45	AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	101
ABELCET	23	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	101
ABILIFY ASIMTUFII	39	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	101
ABILIFY MAINTENA	39	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	102
abiraterone acetate	26	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	102
ABRYSVO	89	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	102
acamprosate calcium	7	AEROVENT PLUS	102
acarbose	94	afirmelle	73
accutane	55	AIMOVIG	25
acebutolol hcl	48	AIRIAL CHAMBER	102
acetaminophen-codeine	1	ak-poly-bac	93
acetazolamide	50	AKEEGA	27
acetazolamide er	93	ala-cort	57
acetic acid	7	albendazole	36
acetylcysteine	110	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	108
acitretin	56	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	108
ACTHIB	89	ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	108
ACTIMMUNE	85	albuterol sulfate	109
acyclovir	42,56	ALBUTEROL SULFATE ER	109
acyclovir sodium	42	alclometasone dipropionate	57,81
ADACEL	89	ALCOHOL 70% PADS	102
adapalene	56	ALCOHOL PREP	102
adapalene-benzoyl peroxide	56	ALCOHOL PREP PADS	102
adc/f (0.5mg/ml)	62	ALCOHOL SWABSTICK	102
adefovir dipivoxil	42	alcohol wipes	102
ADEMPAS	107	ALDURAZYME	112
ADTHYZA	83	ALECENSA	30
ADVAIR HFA	110	alendronate sodium	64
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER	101	alfuzosin hcl er	69
AEROCHAMBER MINI CHAMBER	101	ALINIA	36
AEROCHAMBER MV	101	aliskiren fumarate	50
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE	101	allopurinol	24
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	101	aloksetron hcl	65
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM	101	alprazolam	5
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	101	alprazolam er	5
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	101	ALPRAZOLAM INTENSOL	5
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	101	alprazolam xr	5

altafrin	93	ANALPRAM-HC	58
altavera	73	anastrozole	30
ALUNBRIG	30	ANORO ELLIPTA	110
alyacen 1/35	73	anucort-hc	81
alyacen 7/7/7	73	ANUSOL-HC	57
alyq	107	anusol-hc	81
amabelz	73	APAP-CAFF-DIHYDROCODEINE	1
amantadine hcl	38	apomorphine hcl	37
ambrisentan	107	apraclonidine hcl	93
amethia	73	aprepitant	22
amethia lo	73	APRETUDE	43
amethyst	73	apri	73
amikacin sulfate	7	APTIOM	16,17
amiloride hcl	54	APTIVUS	43
amiloride-hydrochlorothiazide	50	AQ INSULIN SYRINGE	102
AMINOSYN II	61	AQINJECT PEN NEEDLE	102
AMINOSYN-PF	61	ARALAST NP	112
amiodarone hcl	47	aranelle	73
amitriptyline hcl	21	ARANESP (ALBUMIN FREE)	70,71
amlodipine besy-benazepril hcl	50	ARCALYST	86
amlodipine besylate	49	AREXVY	89
amlodipine besylate-valsartan	50	arformoterol tartrate	109
amlodipine-atorvastatin	51	argyle sterile water	102
amlodipine-olmesartan	51	aripiprazole	39
amlodipine-valsartan-hctz	51	ARISTADA	39
ammonium lactate	57	ARISTADA INITIO	39
amnesteem	56	armodafinil	114
amoxapine	21	ARMOUR THYROID	83
amoxicillin	10	ARNUITY ELLIPTA	108
amoxicillin-pot clavulanate	10	ascomp-codeine	1
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	10	asenapine maleate	39
amphetamine sulfate	99	ashlyna	73
amphetamine-dextroamphet er	99	aspirin-dipyridamole er	71
amphetamine-dextroamphetamine	99	atazanavir sulfate	43
AMPHOTERICIN B	23	atenolol	48
amphotericin b liposome	23	atenolol-chlorthalidone	51
ampicillin	10	atomoxetine hcl	100
ampicillin sodium	10	atorvastatin calcium	53
ampicillin-sulbactam sodium	10	atovaquone	36
ANADROL-50	73	atovaquone-proguanil hcl	36
anagrelide hcl	70	atropine sulfate	65,93

ATROVENT HFA.....	108	balsalazide disodium.....	63
aubra.....	73	BALVERSA.....	30,31
aubra eq.....	73	balziva.....	73
AUGMENTIN.....	10	BAQSIMI ONE PACK.....	96
AUGTYRO.....	28	BAQSIMI TWO PACK.....	96
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	102	BARACLUDE.....	42
AUM PEN NEEDLE.....	102	BCG VACCINE.....	89
aurovela 1.5/30.....	73	BD INSULIN SYRINGE.....	102
aurovela 1/20.....	73	BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM	
aurovela 24 fe.....	73	MISC.....	102
aurovela fe 1.5/30.....	73	BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	
aurovela fe 1/20.....	73	MISC.....	102
AURYXIA.....	60	BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM	
AUSTEDO.....	98	MISC.....	102
AUSTEDO XR.....	98	BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM	
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	98	MISC.....	102
AUVELITY.....	18	bekyree.....	73
avar-e emollient.....	58	benazepril hcl.....	54
avar-e green.....	58	benazepril-hydrochlorothiazide.....	51
aviane.....	73	BENLYSTA.....	86
avidoxy.....	13	BENZNIDAZOLE.....	36
avita.....	56	benzonatate.....	110
ayuna.....	73	benzoyl peroxide-erythromycin.....	56
AYVAKIT.....	28	benztropine mesylate.....	37
azasan.....	87	bepotastine besilate.....	91
azathioprine.....	87	BESIVANCE.....	12
AZATHIOPRINE SODIUM.....	87	BESREMI.....	28
azelaic acid.....	56	betaine.....	112
azelastine hcl.....	91,107	betamethasone dipropionate.....	57,81
azelastine-fluticasone.....	107	betamethasone dipropionate aug.....	57,81
azithromycin.....	11	betamethasone valerate.....	57
aztreonam.....	7	BETASERON.....	97
azurette.....	73	betaxolol hcl.....	48,92
		bethanechol chloride.....	68
B		BETIMOL.....	92
bac.....	98	BETOPTIC-S.....	92
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	93	BEVESPI AEROSPHERE.....	110
BACITRACIN.....	91	bexarotene.....	36
bacitracin-polymyxin b.....	93	BEXSERO.....	89
baclofen.....	22	BEYFORTUS.....	86
BACLOFEN.....	22	bicalutamide.....	26

BICILLIN C-R	10	BRIVIACT	13
BICILLIN C-R 900/300	11	bromfed dm	110
BICILLIN L-A	11	bromfenac sodium (once-daily)	91
BIKTARVY	43	bromocriptine mesylate	37
bimatoprost	92	BRUKINSA	28
BIOGUARD GAUZE SPONGES	102	budesonide	64,108
bisoprolol fumarate	48	budesonide er	64
bisoprolol-hydrochlorothiazide	51	budesonide-formoterol fumarate	111
BIVIGAM	85	bumetanide	54
BLEPHAMIDE	93	buprenorphine	3
blisovi 24 fe	73	buprenorphine hcl	6
blisovi fe 1.5/30	73	buprenorphine hcl-naloxone hcl	6
blisovi fe 1/20	73	bupropion hcl	18,19
BOOSTRIX	89	bupropion hcl er (smoking det)	6,19
bosentan	107	bupropion hcl er (sr)	19
BOSULIF	31	bupropion hcl er (xl)	19
BRAFTOVI	31	bupirone hcl	5
BREATHE COMFORT CHAMBER/ADULT	102	butalbital-acetaminophen	98
BREATHE COMFORT CHAMBER/CHILD	102	butalbital-apap-caff-cod	1
BREATHE EASE LARGE	102	butalbital-apap-caffeine	98
BREATHE EASE MEDIUM	102	butalbital-asa-caff-codeine	1
BREATHE EASE SMALL	102	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	4
BREATHERITE	103	butorphanol tartrate	1
BREATHERITE COLL SPACER ADULT	103	BYETTA 10 MCG PEN	94
BREATHERITE COLL SPACER CHILD	103	BYETTA 5 MCG PEN	94
BREATHERITE COLL SPACER INFANT	103	BYLVAY	112
BREATHERITE RIGID SPACER/MASK	103	BYLVAY (PELLETS)	112
BREATHERITE SPACER NEONATE	103		
BREATHERITE SPACER SMALL CHILD	103	C	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER	103	CABENUVA	45
BREATHERITE/LARGE MASK	103	cabergoline	84
BREATHERITE/MEDIUM MASK	103	CABLIVI	71
BREATHERITE/SMALL MASK	103	CABOMETYX	31
BREO ELLIPTA	110	caffeine citrate	110
breynd	110	calcipotriene	58
BREZTRI AEROSPHERE	110	calcipotriene-betameth diprop	59
briellyn	73	calcitonin (salmon)	64
BRILINTA	71	calcitrene	59
brimonidine tartrate	93	CALCITRIOL	59,64
brimonidine tartrate-timolol	93	calcitriol	64
brinzolamide	93	calcium acetate	60

calcium acetate (phos binder)	60	cefoxitin sodium	9
CALQUENCE	31	cefpodoxime proxetil	9
camila	80	cefprozil	10
camrese	73	ceftazidime	10
camrese lo	73	ceftriaxone sodium	10
candesartan cilexetil	47	cefuroxime axetil	10
candesartan cilexetil-hctz	51	cefuroxime sodium	10
CAPASTAT SULFATE	25	celecoxib	4
CAPEX	57	cephalexin	10
CAPLYTA	39	CERDELGA	112
CAPRELSA	31	CEREZYME	112
captopril	54	cetirizine hcl	107
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	51	cevimeline hcl	46
carbamazepine	17	charlotte 24 fe	74
carbamazepine er	17	chateal	74
carbidopa	38	chateal eq	74
carbidopa-levodopa	38	CHEMET	60
carbidopa-levodopa er	38	CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE	7
carbidopa-levodopa-entacapone	38	chlordiazepoxide-clidinium	65
CARETOUCH ALCOHOL PREP	103	chlorhexidine gluconate	46
carglumic acid	61	chloroquine phosphate	36
CARIMUNE NF	85	chlorpromazine hcl	38
carisoprodol	90	chlorthalidone	54
CARTEOLOL HCL	92	CHOLBAM	112
cartia xt	49	cholestyramine	53
carvedilol	48	cholestyramine light	53
carvedilol phosphate er	48	ciclodan	56
caspofungin acetate	23	ciclopirox	56
cataflam	4	ciclopirox olamine	23
CAYSTON	109	cilostazol	71
caziant	74	CILOXAN	12
CEFACTOR	9	CIMDUO	45
CEFACTOR ER	9	cimetidine	65
cefadroxil	9	cimetidine hcl	65
cefazolin sodium	9	cinacalcet hcl	64
cefdinir	9	CIPRO HC	114
CEFDITOREN PIVOXIL	9	ciprofloxacin	12
CEFEPIME HCL	9	ciprofloxacin hcl	12
cefixime	9	CIPROFLOXACIN HCL	114
CEFOTAXIME SODIUM	9	ciprofloxacin in d5w	12
cefotetan disodium	9	ciprofloxacin-dexamethasone	114

CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE PF	114	colesevelam hcl	53
citalopram hydrobromide	19	colestipol hcl	53
claravis	56	colistimethate sodium (cba)	8
clarithromycin	11	colocort	64
clarithromycin er	12	COMBIVENT RESPIMAT	111
CLEOCIN	7	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	31
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	103	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	31
CLIMARA PRO	74	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	31
clindacin	56	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	103
clindacin etz	7	COMPACT SPACE CHAMBER	103
clindacin-p	7	COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK	103
clindamycin hcl	8	COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK	103
clindamycin palmitate hcl	8	COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK	103
clindamycin phos-benzoyl perox	56	COMPLERA	44
clindamycin phosphate	8,56	compro	21
clindamycin phosphate in d5w	8	constulose	66
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL	8	COPAXONE	97,98
clindamycin-tretinoin	56	COPIKTRA	31
CLINDESSE	8	CORLANOR	51
clobazam	15,16	CORTIFOAM	64
clobetasol prop emollient base	57,81	CORTISONE ACETATE	81
clobetasol propionate	57	CORTISPORIN-TC	114
clobetasol propionate e	81	CORTROPHIN	81
clobetasol propionate emulsion	57	COTELLIC	31
clodan	57	covaryx	74
clomipramine hcl	21	covaryx hs	74
clonazepam	5	CREON	112
clonidine	47	CRESEMBA	23
clonidine hcl	47	CRIXIVAN	43
clonidine hcl er	100	cromolyn sodium	91,109,112
clopidogrel bisulfate	71	cryselle-28	74
clorazepate dipotassium	5,6	CRYSVITA	61
clotrimazole	23	CVS ALCOHOL PREP PADS	103
clotrimazole-betamethasone	59	cvs isopropyl alcohol wipes	103
clovique	60	cyanocobalamin	62
clozapine	39	cyclafem 1/35	74
COARTEM	36	cyclafem 7/7/7	74
CODEINE SULFATE	1	cyclobenzaprine hcl	90
codeine sulfate	1	CYCLOPHOSPHAMIDE	26
colchicine	24	cyclosporine	87
colchicine-probenecid	24	cyclosporine modified	87

cyproheptadine hcl	107
cyred	74
cyred eq	74
CYSTAGON	113
CYSTARAN	113
CYTRA K CRYSTALS	68

D

dabigatran etexilate mesylate	69
dalfampridine er	98
danazol	72
dantrolene sodium	22
dapsone	25,56
DAPTACEL	89
daptomycin	8
darifenacin hydrobromide er	68
darunavir	43
dasetta 1/35	74
dasetta 7/7/7	74
DAURISMO	31
daysee	74
deblitane	80
decadron	81
deferasirox	60
deferiprone	60
DELSTRIGO	44
delyla	74
demeclocycline hcl	13
DENGVAZIA	89
DEPO-ESTRADIOL	74
DEPO-PROVERA	80
DEPO-SUBQ PROVERA 104	80
depo-testosterone	72
DERMOTIC	114
DESCOVY	45
desipramine hcl	21
DESLORATADINE	107
desloratadine	107
desmopressin ace spray refrig	71
desmopressin acetate	72
desmopressin acetate pf	72
desmopressin acetate spray	72
desogestrel-ethinyl estradiol	74
desonide	57,81
desoximetasone	57
desrx	57
desvenlafaxine succinate er	19,20
dexamethasone	82
DEXAMETHASONE INTENSOL	82
dexamethasone sod phosphate pf	82
dexamethasone sodium phosphate	82
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	92
dexmethylphenidate hcl	100
dexmethylphenidate hcl er	100
dextroamphetamine sulfate	99
dextroamphetamine sulfate er	99
dextrose	62
dextrose in lactated ringers	62
dextrose-sodium chloride	62
DIACOMIT	13,14
diazepam	6,16
DIAZEPAM	16
diazepam intensol	6
diazoxide	96
diclofenac potassium	4
diclofenac sodium	4,59,92
diclofenac sodium er	4
diclofenac-misoprostol	4
dicloxacillin sodium	11
dicyclomine hcl	65
DIDANOSINE	45
DIFICID	12
DIFLORASONE DIACETATE	57
diflunisal	4
difluprednate	92
digitek	51
digox	51
digoxin	51
dihydroergotamine mesylate	25
DILANTIN	17
DILANTIN INFATABS	17
dilt-xr	49

diltiazem hcl.....	49	doxycycline.....	13
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	49	doxycycline hyclate.....	13
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	49	doxycycline monohydrate.....	13
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	49	doxylamine-pyridoxine.....	21
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	50	DRIZALMA SPRINKLE.....	98
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	50	dronabinol.....	22
diltiazem hcl er.....	50	DROPLET MICRON.....	103
diltiazem hcl er beads.....	50	DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	103
dimethyl fumarate.....	98	drosipren-eth estrad-levomefol.....	74
dimethyl fumarate starter pack.....	98	drosiprenone-ethinyl estradiol.....	74
DIPENTUM.....	63	DROXIA.....	27
DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	65	droxidopa.....	47
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	89	duloxetine hcl.....	98
dipyridamole.....	71	DUPIXENT.....	86
disopyramide phosphate.....	47	dutasteride.....	69
disulfiram.....	7	dutasteride-tamsulosin hcl.....	69
DIURIL.....	54	dvorah.....	1
divalproex sodium.....	14	E	
divalproex sodium er.....	14	E.E.S. 400.....	12
dodex.....	62	EASIVENT.....	103
dofetilide.....	47	EASIVENT MASK LARGE.....	103
dolishale.....	74	EASIVENT MASK MEDIUM.....	103
donepezil hcl.....	18	EASIVENT MASK SMALL.....	103
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	18	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	104
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	18	EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	104
dorzolamide hcl.....	93	ec-naproxen.....	4
dorzolamide hcl-timolol mal.....	93	econazole nitrate.....	23
dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	93	ed-spaz.....	65
dotti.....	74	EDURANT.....	44
DOVATO.....	43	eemt.....	74
doxazosin mesylate.....	48	eemt hs.....	74
doxepin hcl.....	21	EFAVIRENZ.....	44
doxercalciferol.....	64	efavirenz.....	44
doxy 100.....	13	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	44
		efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	44
		effeR-k.....	62
		EGRIFTA.....	72
		EGRIFTA SV.....	72
		ELAPRASE.....	113
		elinest.....	74

ELIQUIS.....	69	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L.....	104
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	69	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M.....	104
elixophyllin.....	110	EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S.....	104
ELMIRON.....	68	EQUETRO.....	46
eluryng.....	74	ergocalciferol.....	64
EMBRACE PEN NEEDLES.....	104	ERGOLOID MESYLATES.....	18
EMCYT.....	27	ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	25
emoquette.....	74	ERIVEDGE.....	31
EMSAM.....	19	ERLEADA.....	26
emtricitabine.....	45	erlotinib hcl.....	31
emtricitabine-tenofovir df.....	45	errin.....	80
EMTRIVA.....	45	ertapenem sodium.....	11
enalapril maleate.....	54	ERY.....	56
enalapril-hydrochlorothiazide.....	51	ery-tab.....	12
ENBREL.....	87	erythrocin lactobionate.....	12
ENBREL SURECLICK.....	87	ERYTHROCIN STEARATE.....	12
ENDARI.....	113	erythromycin.....	12,56,91
endocet.....	1	erythromycin base.....	12
ENGERIX-B.....	89	erythromycin ethylsuccinate.....	12
enilloring.....	74	erythromycin lactobionate.....	12
enoxaparin sodium.....	69,70	escitalopram oxalate.....	20
enpresse-28.....	74	esgic.....	98
enskyce.....	75	esomeprazole magnesium.....	67
entacapone.....	38	est estrogens-methyltest.....	75
entecavir.....	42	est estrogens-methyltest ds.....	75
ENTRESTO.....	51	est estrogens-methyltest hs.....	75
enulose.....	66	estarylla.....	75
ENVARUSUS XR.....	87	estazolam.....	113
EPCLUSA.....	42	estradiol.....	75
EPIDIOLEX.....	14	estradiol valerate.....	75
EPIFOAM.....	59	estradiol-norethindrone acet.....	75
epinastine hcl.....	91	ESTRING.....	75
epinephrine.....	109	eszopiclone.....	113
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	109	ethambutol hcl.....	25
epitol.....	17	ethosuximide.....	17
EPIVIR HBV.....	42	ethynodiol diac-eth estradiol.....	75
eplerenone.....	54	etodolac.....	4
EPRONTIA.....	14	etodolac er.....	4
EPROSARTAN MESYLATE.....	47	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	75
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC.....	104	etravirine.....	44
		euthyrox.....	83

everolimus	31,32,87	flucytosine	23
EVOTAZ	43	fludrocortisone acetate	82
exemestane	30	flunisolide	108
EXKIVITY	28	fluocinolone acetonide	57,114
ezetimibe	53	fluocinolone acetonide body	57
ezetimibe-simvastatin	53	fluocinolone acetonide scalp	57
		fluocinonide	57,58
F		fluocinonide emulsified base	58
falmina	75	fluorometholone	92
famciclovir	42	fluorouracil	59
famotidine	65	fluoxetine hcl	20
FANAPT	39	FLUOXETINE HCL	20
FANAPT TITRATION PACK	40	FLUOXETINE HCL (PMDD)	20
FARXIGA	94	fluphenazine decanoate	38
fayosim	75	FLUPHENAZINE HCL	38
febuxostat	24	flurandrenolide	58
felbamate	14	FLURAZEPAM HCL	113
felodipine er	49	flurbiprofen	4
femynor	75	FLURBIPROFEN SODIUM	92
fenofibrate	52	flutamide	26
fenofibrate micronized	52	fluticasone propionate	58,108
fenofibric acid	52	fluticasone-salmeterol	111
fentanyl	3	FLUTICASONE-SALMETEROL	111
FENTANYL CITRATE	1	fluvastatin sodium	53
FERRIPROX	60	fluvastatin sodium er	53
fesoterodine fumarate er	68	fluvoxamine maleate	20
FETZIMA	20	fluvoxamine maleate er	20
FETZIMA TITRATION	20	FML	92
finasteride	69	FML FORTE	92
fingolimod hcl	98	folic acid	62
FINTEPLA	14	fondaparinux sodium	70
finzala	75	formoterol fumarate	109
FIRMAGON	84	FORTEO	64
FIRMAGON (240 MG DOSE)	84	fosamprenavir calcium	43
flac	114	fosfomycin tromethamine	8
flavoxate hcl	68	fosinopril sodium	54
FLEBOGAMMA DIF	85	fosinopril sodium-hctz	51
flecainide acetate	47	FOTIVDA	28
FLEXICHAMBER	104	FRUZAQLA	32
fluconazole	23	fulvestrant	27
fluconazole in sodium chloride	23	furosemide	54

FUZEON.....	45
fyavolv.....	75
FYCOMPA.....	14

G

g tussin ac.....	111
gabapentin.....	16
galantamine hydrobromide.....	18
galantamine hydrobromide er.....	18
GAMMAGARD.....	85
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	85
GAMMAKED.....	85
GAMMAPLEX.....	86
GAMUNEX-C.....	86
GARDASIL 9.....	89
gatifloxacin.....	91
GATTEX.....	67
gauze pads 2.....	104
GAVILYTE-C.....	67
gavilyte-g.....	67
gavilyte-n with flavor pack.....	66
GAVRETO.....	32
gefitinib.....	32
gemfibrozil.....	52
gemmily.....	75
GEMTESA.....	68
generlac.....	66
gengraf.....	87
GENOTROPIN.....	72
GENOTROPIN MINIQUICK.....	72
GENTAK.....	91
gentamicin sulfate.....	7,91
GENVOYA.....	43
gianvi.....	75
GILOTRIF.....	32
GLEOSTINE.....	26
glimepiride.....	94
glipizide.....	94
glipizide er.....	94
glipizide xl.....	94
glipizide-metformin hcl.....	94

GLUCAGEN HYPOKIT.....	96
GLUCAGON EMERGENCY.....	96
glyburide.....	94
GLYBURIDE MICRONIZED.....	95
glyburide-metformin.....	95
glycopyrrolate.....	65
GLYXAMBI.....	95
GOLYTELY.....	67
granisetron hcl.....	22
griseofulvin microsize.....	23
griseofulvin ultramicrosize.....	23
guaiaatusin ac.....	111
guaifenesin ac.....	111
guaifenesin-codeine.....	111
guanfacine hcl.....	47
guanfacine hcl er.....	100
GUANIDINE HCL.....	25
GYNAZOLE-1.....	23

H

HAEGARDA.....	85
hailey 1.5/30.....	75
hailey 24 fe.....	75
hailey fe 1.5/30.....	75
hailey fe 1/20.....	75
halobetasol propionate.....	58
haloette.....	76
haloperidol.....	38
haloperidol decanoate.....	38
haloperidol lactate.....	38
HARVONI.....	42
HAVRIX.....	89
heather.....	80
HEMADY.....	82
hemmorex-hc.....	82
heparin sodium (porcine).....	70
heparin sodium (porcine) pf.....	70
HEPATAMINE.....	61
HEPLISAV-B.....	89
HIBERIX.....	89
HIZENTRA.....	86

HOMATROPAIRE.....	93	hydromorphone hcl er.....	3
HUMALOG.....	96	hydroxychloroquine sulfate.....	36,37
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	96	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE.....	80
HUMALOG KWIKPEN.....	96	hydroxyurea.....	27
HUMALOG MIX 50/50.....	96	hydroxyzine hcl.....	107
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	96	hydroxyzine pamoate.....	108
HUMALOG MIX 75/25.....	97	hyoscyamine sulfate.....	66
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	97	hyoscyamine sulfate er.....	66
HUMIRA.....	87	hyosyne.....	66
HUMIRA (2 PEN).....	87	I	
HUMIRA (2 SYRINGE).....	87	ibandronate sodium.....	64
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START.....	87	IBRANCE.....	32
HUMIRA PEN.....	88	ibu.....	4
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER.....	88	ibuprofen.....	4
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	88	icatibant acetate.....	85
HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT STARTER.....	88	iclevia.....	76
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	88	ICLUSIG.....	32
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER.....	88	icosapent ethyl.....	53
HUMULIN 70/30.....	97	IDHIFA.....	28
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	97	ILARIS.....	86
HUMULIN N.....	97	ILEVRO.....	92
HUMULIN N KWIKPEN.....	97	imatinib mesylate.....	32
HUMULIN R.....	97	IMBRUVICA.....	32
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	97	imipenem-cilastatin.....	11
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	97	imipramine hcl.....	21
hydralazine hcl.....	55	imiquimod.....	59
hydrochlorothiazide.....	54	IMOVAX RABIES.....	89
hydrocod poli-chlorphe poli er.....	111	incassia.....	80
hydrocodone bit-homatrop mbr.....	111	INCRELEX.....	72
hydrocodone-acetaminophen.....	1	indapamide.....	54
hydrocodone-ibuprofen.....	1	indomethacin.....	4
hydrocortisone.....	58,64	indomethacin er.....	4
hydrocortisone (perianal).....	58	INFANRIX.....	89
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE.....	59	INGREZZA.....	98,99
hydrocortisone acetate.....	82	INLYTA.....	32
hydrocortisone butyrate.....	58,82	INQOVI.....	27
hydrocortisone valerate.....	58,82	INREBIC.....	28
hydrocortisone-acetic acid.....	114	INSPIRACHAMBER/LARGE.....	104
hydromet.....	111	INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	104
hydromorphone hcl.....	2	INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE.....	104
HYDROMORPHONE HCL.....	2		

INSPIRACHAMBER/SMALL	104	IXIARO	89
INSPIREASE	104	J	
INSULIN LISPRO	97	jaimiess	76
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	97	JAKAFI	32
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	97	jantoven	70
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	97	JANUMET	95
INSULIN PEN NEEDLES	104	JANUMET XR	95
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	104	JANUVIA	95
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	104	JARDIANCE	95
INSULIN SYRINGE 1 ML	104	jasmiel	76
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	104	javygtor	113
INSUPEN PEN NEEDLES	104	JAYPIRCA	32
INTELENCE	44	jencycla	80
INTRALIPID	61	JENTADUETO	95
INTRON A	85	JENTADUETO XR	95
introvale	76	jinteli	76
INVEGA HAFYERA	40	jolessa	76
INVEGA SUSTENNA	40	juleber	76
INVEGA TRINZA	40	JULUCA	43
IPOL	89	junel 1.5/30	76
ipratropium bromide	108	junel 1/20	76
ipratropium-albuterol	111	junel fe 1.5/30	76
irbesartan	47	junel fe 1/20	76
irbesartan-hydrochlorothiazide	51	junel fe 24	76
ISENTRESS	43	JYNNEOS	89
ISENTRESS HD	43	K	
isibloom	76	k-prime	62
isoniazid	25	kaitlib fe	76
ISONIAZID	26	kalliga	76
isopropyl alcohol	104	KALYDECO	109
isopropyl alcohol wipes	104	kariva	76
isosorb dinitrate-hydralazine	51	KCL (0.149%) IN NAACL	61
isosorbide dinitrate	55	KCL (0.298%) IN NAACL	61
isosorbide mononitrate	55	kcl in dextrose-nacl	61
isosorbide mononitrate er	55	KCL-LACTATED RINGERS-D5W	62
isotretinoin	56	kelnor 1/35	76
isradipine	49	kelnor 1/50	76
itraconazole	23	KEPIVANCE	46
ivermectin	36,60	KERENDIA	95
IWILFIN	104		
IXCHIQ	89		

ketoconazole	23	LANTUS SOLOSTAR	97
ketodan	23	lapatinib ditosylate	33
ketorolac tromethamine	92	larin 1.5/30	76
KINRIX	89	larin 1/20	76
kionex	60	larin 24 fe	76
KISQALI (200 MG DOSE)	32	larin fe 1.5/30	76
KISQALI (400 MG DOSE)	32	larin fe 1/20	76
KISQALI (600 MG DOSE)	32	larissia	76
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	28	LASTACAFT	91
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	28	latanoprost	92
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	28	layolis fe	76
klor-con	61	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	42
klor-con 10	61	leena	76
klor-con m10	61	leflunomide	88
klor-con m15	61	lenalidomide	27
klor-con m20	61	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	33
klor-con sprinkle	61	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	33
klor-con/ef	62	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	33
KOSELUGO	28	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	33
kourzeq	46	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	33
KRAZATI	28	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	33
kurvelo	76	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	33
		LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	33
L		lessina	76
labetalol hcl	48	letrozole	30
lacosamide	17	leucovorin calcium	28
lactated ringers	62	LEUKERAN	26
lactulose	66	leuprolide acetate	84
lactulose encephalopathy	66	levalbuterol hcl	109
LAGEVRIO	104	LEVALBUTEROL TARTRATE	109
lamivudine	42,45	levetiracetam	14
lamivudine-zidovudine	45	levetiracetam er	14
lamotrigine	14	levo-t	83
lamotrigine er	14	LEVOBUNOLOL HCL	92
lamotrigine starter kit-blue	14	levocarnitine	62
lamotrigine starter kit-green	14	levocarnitine sf	62
lamotrigine starter kit-orange	14	levocetirizine dihydrochloride	108
LANREOTIDE ACETATE	84	levofloxacin	12
lansoprazole	67	LEVOFLOXACIN	12,91
lanthanum carbonate	60	levofloxacin in d5w	12
LANTUS	97	levonest	76

levonorg-eth estrad triphasic.....	76	lorcet.....	2
levonorgest-eth est & eth est.....	76	lorcet hd.....	2
levonorgest-eth estrad 91-day.....	77	lorcet plus.....	2
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	77	loryna.....	77
levora 0.15/30 (28).....	77	losartan potassium.....	47
levothyroxine sodium.....	83	losartan potassium-hctz.....	51
levoxyl.....	83	loteprednol etabonate.....	92
LEXIVA.....	43	lovastatin.....	53
lidocaine.....	5	low-ogestrel.....	77
lidocaine hcl.....	5	loxapine succinate.....	39
LIDOCAINE HCL.....	5	lubiprostone.....	66
lidocaine viscous hcl.....	5	LULICONAZOLE.....	23
lidocaine-prilocaine.....	5	LUMAKRAS.....	28
lidocan.....	5	LUMIGAN.....	92
lillow.....	77	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	84
lincomycin hcl.....	8	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	84
LINDANE.....	60	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	84
linezolid.....	8	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	84
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8	lurasidone hcl.....	40
LINZESS.....	66	lutura.....	77
liothyronine sodium.....	83	LYBALVI.....	19
lisdexamfetamine dimesylate.....	100	lyleq.....	80
lisinopril.....	54	lyllana.....	77
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	51	LYNPARZA.....	33
LITEAIRE.....	105	LYSODREN.....	28
lithium.....	46	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	33
lithium carbonate.....	46	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	33
lithium carbonate er.....	46	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	33
lo-zumandimine.....	77	lyza.....	80
loestrin 1.5/30 (21).....	77		
loestrin 1/20 (21).....	77	M	
loestrin fe 1.5/30.....	77	M-M-R II.....	89
loestrin fe 1/20.....	77	mafenide acetate.....	57
lojaimiess.....	77	magnesium sulfate.....	61
LONSURF.....	28	malathion.....	60
loperamide hcl.....	65	MAPROTILINE HCL.....	19
lopinavir-ritonavir.....	43	maraviroc.....	46
lopreeza.....	77	marlissa.....	77
lorazepam.....	6	MARPLAN.....	19
lorazepam intensol.....	6	MATULANE.....	26
LORBRENA.....	33	matzim la.....	50

MAVYRET.....	42	methotrexate sodium.....	88
maxi-tuss ac.....	111	methotrexate sodium (pf).....	88
MAXIDEX.....	92	methoxsalen rapid.....	59
meclizine hcl.....	21	methscopolamine bromide.....	66
medpura alcohol pads.....	105	methsuximide.....	17
MEDROL.....	82	methyldopa.....	47
medroxyprogesterone acetate.....	81	METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE... ..	51
mefloquine hcl.....	37	methylergonovine maleate.....	105
megestrol acetate.....	81	methylphenidate hcl.....	100
MEKINIST.....	33	METHYLPHENIDATE HCL ER.....	101
MEKTOVI.....	33	methylphenidate hcl er.....	101
melodetta 24 fe.....	77	methylphenidate hcl er (cd).....	100
meloxicam.....	4	methylphenidate hcl er (la).....	101
MELPHALAN.....	26	methylphenidate hcl er (osm).....	101
memantine hcl.....	18	methylprednisolone.....	82
memantine hcl er.....	18	methylprednisolone acetate.....	82
MENACTRA.....	89	methylprednisolone sodium succ.....	82
MENEST.....	77	methyltestosterone.....	72
MENQUADFI.....	89	metoclopramide hcl.....	21
MENVEO.....	89	METOCLOPRAMIDE HCL.....	21
MEPHYTON.....	71	metolazone.....	54
meprobamate.....	5	metoprolol succinate er.....	48
mercaptapurine.....	27	metoprolol tartrate.....	48
meropenem.....	11	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	52
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	11	metronidazole.....	8
merzee.....	77	metyrosine.....	52
mesalamine.....	63,64	mexiletine hcl.....	47
mesalamine er.....	64	mibelas 24 fe.....	77
mesna.....	30	micafungin sodium.....	23
MESNEX.....	30	MICONAZOLE 3.....	23
metaxalone.....	90	MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLAT.....	23
metformin hcl.....	95	MICROCHAMBER.....	105
metformin hcl er.....	95	microgestin 1.5/30.....	77
methadone hcl.....	3	microgestin 1/20.....	77
methadone hcl intensol.....	3	microgestin 24 fe.....	77
methadose.....	3	microgestin fe 1.5/30.....	77
methazolamide.....	93	microgestin fe 1/20.....	77
methenamine hippurate.....	8	MICROSPACER.....	105
methergine.....	105	midodrine hcl.....	47
methimazole.....	84	mifepristone.....	82
methocarbamol.....	91	MIGERGOT.....	25

miglitol	95	MYRBETRIQ	68
miglustat	113	N	
mili	77	na sulfate-k sulfate-mg sulf	66
mimvey	77	nabumetone	4
minitran	55	nadolol	48
minocycline hcl	13	nafcillin sodium	11
minoxidil	55	nafrinse	63
mirtazapine	19	naftifine hcl	24
misoprostol	68	NAGLAZYME	113
modafinil	114	naloxone hcl	7
moexipril hcl	55	NALOXONE HCL	7
MOLINDONE HCL	39	naltrexone hcl	7
mometasone furoate	58,82,108	NAMZARIC	18
mondoxyne nl	13	naproxen	4
mono-lynyah	77	naproxen dr	4
montelukast sodium	108	naproxen sodium	4
morgidox	13	naratriptan hcl	24
morphine sulfate	2	NATACYN	91
MORPHINE SULFATE	2	nateglinide	95
morphine sulfate (concentrate)	2	NATPARA	64
morphine sulfate er	3	NAYZILAM	5
MOUNJARO	95	nebivolol hcl	49
MOVANTIK	66	nebusal	111
moxifloxacin hcl	12,91	necon 0.5/35 (28)	77
MOXIFLOXACIN HCL	12	NEFAZODONE HCL	20
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	91	neo-polycin	93
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL	12	neo-polycin hc	93
MULTAQ	48	neomycin sulfate	7
MULTI-VIT-FLOR	62	neomycin-bacitracin zn-polymyx	93
multi-vitamin/fluoride	63	neomycin-polymyxin-dexameth	94
multi-vitamin/fluoride/iron	63	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	94
MULTIVITAMIN W/FLUORIDE	63	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	94
MULTIVITAMIN/FLUORIDE	61,63	neomycin-polymyxin-hc	114
multivitamins/fluoride	63	NERLYNX	33
mupirocin	57	NEUPRO	37
MUSE	68	nevirapine	44
MYALEPT	67	NEVIRAPINE	44
mycophenolate mofetil	88	NEVIRAPINE ER	44
mycophenolate mofetil hcl	88	nevirapine er	44
mycophenolate sodium	88	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	53
myorisan	56		

niacin er (antihyperlipidemic).....	53	nortrel 1/35 (21).....	78
NIACOR.....	53	nortrel 1/35 (28).....	78
nicardipine hcl.....	49	nortrel 7/7/7.....	78
NICOTROL.....	6	nortriptyline hcl.....	21
NICOTROL NS.....	6	NORVIR.....	43,44
nifedipine.....	49	NOVOFINE 32G X 6 MM MISC.....	105
nifedipine er.....	49	NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC.....	105
nifedipine er osmotic release.....	49	NP THYROID.....	83
nikki.....	78	NUBEQA.....	26
nilutamide.....	26	NUCALA.....	111
nimodipine.....	49	NUEDEXTA.....	99
NINLARO.....	28	nulev.....	66
nisoldipine er.....	49	NULYTELY LEMON-LIME.....	66
nitazoxanide.....	37	NULYTELY WITH FLAVOR PACKS.....	67
nitisinone.....	113	NUPLAZID.....	40
NITRO-BID.....	55	NURTEC.....	25
NITRO-DUR.....	55	NUTRILIPID.....	61
NITRO-TIME.....	55	nyamyc.....	24
nitrofurantoin.....	8	nylia 1/35.....	78
nitrofurantoin macrocrystal.....	8	nylia 7/7/7.....	78
nitrofurantoin monohyd macro.....	8	NYMALIZE.....	49
nitroglycerin.....	55	nymyo.....	78
NITROSTAT.....	55	nystatin.....	24
NIVA THYROID.....	83	nystatin-triamcinolone.....	59
nizatidine.....	65	nystop.....	24
nolix.....	58		
nora-be.....	81	O	
norelgestromin-eth estradiol.....	78	ocella.....	78
norethin ace-eth estrad-fe.....	78	octreotide acetate.....	84
norethin-eth estradiol-fe.....	78	OCTREOTIDE ACETATE.....	84
norethindron-ethinyl estrad-fe.....	78	ODEFSEY.....	44
norethindrone.....	81	ODOMZO.....	33
norethindrone acet-ethinyl est.....	78	OFEV.....	109
norethindrone acetate.....	81	ofloxacin.....	12,91,114
norethindrone-eth estradiol.....	78	OGSIVEO.....	29
norgestim-eth estrad triphasic.....	78	OJJAARA.....	30
norgestimate-eth estradiol.....	78	olanzapine.....	40
norlyda.....	81	olanzapine-fluoxetine hcl.....	19
norlyroc.....	81	olmesartan medoxomil.....	47
NORMOSOL-M IN D5W.....	61	olmesartan medoxomil-hctz.....	52
nortrel 0.5/35 (28).....	78	olmesartan-amlodipine-hctz.....	52

olopatadine hcl	91,108	OXYCODONE-ASPIRIN	2
omega-3-acid ethyl esters	53	oxymorphone hcl	2
omeprazole	67	OXYMORPHONE HCL ER	3
OMNITROPE	72	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	95
ondansetron	22	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	95
ONDANSETRON HCL	22	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	95
ondansetron hcl	22		
ONUREG	29	P	
OPSUMIT	107	pacerone	48
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK	105	paliperidone er	40
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK	105	PANRETIN	36
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK	105	pantoprazole sodium	67
OPTICHAMBER DIAMOND	105	paricalcitol	64
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK	105	paroex	46
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	105	paromomycin sulfate	7
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	105	paroxetine hcl	20
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE	105	paroxetine hcl er	20
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM	105	paroxetine mesylate	20
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL	105	PASER	26
OPTIHALER	105	PAXLOVID (150/100)	105
OPVEE	105	PAXLOVID (300/100)	105
oralone	46	PAZEO	91
ORGOVYX	84	pazopanib hcl	34
ORSERDU	27	pb-hyoscy-atropine-scopolamine	66
orsythia	78	PEDIARIX	89
oscimin	66	PEDVAX HIB	90
oscimin sr	66	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	67
oseltamivir phosphate	41	peg-3350/electrolytes	67
OSPHENA	80	peg-3350/electrolytes/ascorbat	67
OTEZLA	59,86	peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	67
oxandrolone	73	PEG-PREP	67
oxaprozin	4	PEGANONE	17
oxazepam	6	PEGASYS	85
oxcarbazepine	17	PEGASYS PROCLICK	85
oxiconazole nitrate	24	PEMAZYRE	34
oxybutynin chloride	68	PEN NEEDLES	105
oxybutynin chloride er	68	PENBRAYA	90
oxycodone hcl	2	penciclovir	57
OXYCODONE HCL ER	3	penicillamine	68
oxycodone-acetaminophen	2	penicillin g potassium	11
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	2	PENICILLIN G SODIUM	11

penicillin v potassium	11	PIRFENIDONE	109
PENTACEL	90	pirmella 1/35	78
pentamidine isethionate	37	pirmella 7/7/7	78
pentazocine-naloxone hcl	2	piroxicam	4
pentoxifylline er	52	PLENVU	67
perindopril erbumine	55	POCKET CHAMBER	105
perlogard	46	POCKET SPACER	105
permethrin	60	podofilox	59
perphenazine	21	POLY-VI-FLOR	63
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	19	polycin	94
PERSERIS	40	polymyxin b sulfate	8
PFIZERPEN	11	polymyxin b-trimethoprim	91
phenazo	68	POMALYST	27
phenazopyridine hcl	68	portia-28	78
phenelzine sulfate	19	posaconazole	24
phenobarbital	16	pot & sod cit-cit ac	69
phenobarbital-belladonna alk	66	potassium chloride	61,62
phenohydro	66	potassium chloride crys er	62
phenylephrine hcl	94	potassium chloride er	62
phenytek	17	POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE	63
phenytoin	17	potassium chloride in nacl	62
phenytoin infatabs	17	potassium citrate er	62
phenytoin sodium extended	17	potassium citrate-citric acid	69
philith	78	pramipexole dihydrochloride	37
phospho-trin k500	69	pramipexole dihydrochloride er	37
PHOSPHOLINE IODIDE	93	PRAMOSONE	59
phytonadione	71	prasugrel hcl	71
PIFELTRO	44	pravastatin sodium	53
pilocarpine hcl	46,93	praziquantel	36
pimecrolimus	58	prazosin hcl	48
PIMOZIDE	39	prednisolone	82
pimtrea	78	PREDNISOLONE ACETATE	92
pindolol	49	prednisolone sodium phosphate	82
pioglitazone hcl	95	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	92
pioglitazone hcl-glimepiride	95	prednisone	82
pioglitazone hcl-metformin hcl	96	PREDNISON INTENSOL	82
piperacillin sod-tazobactam so	11	pregabalin	98
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	34	PREHEVBRIO	90
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	34	PREMARIN	78
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	34	PREMASOL	62
pirfenidone	109	premium lidocaine	5

PREMPHASE.....	78	promethazine-dm.....	111
PREMPRO.....	79	promethazine-phenyleph-codeine.....	111
prenatal vitamins.....	63	promethazine-phenylephrine.....	112
prevalite.....	53	promethegan.....	22
previfem.....	79	propafenone hcl.....	48
PREVYMIS.....	41	propafenone hcl er.....	48
PREZCOBIX.....	44	proparacaine hcl.....	94
PREZISTA.....	44	propranolol hcl.....	49
PRIFTIN.....	26	propranolol hcl er.....	49
primaquine phosphate.....	37	PROPRANOLOL-HCTZ.....	52
PRIMEAIRE HOLDING CHAMBER.....	105	propylthiouracil.....	85
primidone.....	16	PROQUAD.....	90
PRIORIX.....	90	protriptyline hcl.....	21
PRIVIGEN.....	86	pseudoeph-bromphen-dm.....	112
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	105	PULMICORT FLEXHALER.....	108
PRO COMFORT SPACER ADULT.....	105	pulmosal.....	112
PRO COMFORT SPACER CHILD.....	106	PULMOZYME.....	109
PRO COMFORT SPACER INFANT.....	106	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	106
probenecid.....	24	PURE COMFORT SPACER CHAMBER.....	106
PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	106	PURIXAN.....	27
PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	106	pyrazinamide.....	26
procentra.....	100	pyridostigmine bromide.....	25
PROCHAMBER VHC.....	106	pyridostigmine bromide er.....	25
prochlorperazine.....	21	pyrimethamine.....	37
prochlorperazine maleate.....	21	Q	
procto-med hc.....	58	qc alcohol.....	106
procto-pak.....	58	QINLOCK.....	29
PROCTOFOAM HC.....	59	QUADRACEL.....	90
proctosol hc.....	58	quetiapine fumarate.....	40
proctozone-hc.....	58	quetiapine fumarate er.....	41
PROCYSBI.....	113	QUFLORA PEDIATRIC.....	63
progesterone.....	81	quinapril hcl.....	55
PROGRAF.....	88	quinapril-hydrochlorothiazide.....	52
PROLASTIN-C.....	113	quinidine gluconate er.....	48
PROLENSA.....	92	quinidine sulfate.....	48
PROLIA.....	64	quinine sulfate.....	37
PROMACTA.....	71	R	
promethazine hcl.....	22,108	ra isopropyl alcohol wipes.....	106
PROMETHAZINE VC.....	111	RABAVERT.....	90
PROMETHAZINE VC/CODEINE.....	111		
promethazine-codeine.....	111		

rabeprazole sodium	67	rivastigmine	18
raloxifene hcl	80	rivastigmine tartrate	18
ramelteon	113	rivalsa	79
ramipril	55	rizatRIPTAN benzoate	24
ranolazine er	52	ROCKLATAN	94
rasagiline mesylate	38	roflumilast	110
reclipsen	79	ropinirole hcl	37
RECOMBIVAX HB	90	ropinirole hcl er	37
REGRANEX	59	rosadan	8
relafen	4	rosuvastatin calcium	53
RELENZA DISKHALER	42	ROTARIX	90
RELISTOR	67	ROTATEQ	90
repaglinide	96	roweepra	14
REPATHA	53	roweepra xr	14,15
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	53	ROZLYTREK	29
REPATHA SURECLICK	54	RUBRACA	34
RESTASIS	94	rufinamide	17
RESTASIS MULTIDOSE	94	RUKOBIA	46
RETACRIT	71	RYBELSUS	96
RETEVMO	29	RYDAPT	34
REVLIMID	27		
REXULTI	41	S	
REYATAZ	44	sajazir	85
REZLIDHIA	34	saline bacteriostatic	106
REZUROCK	88	salsalate	4
RHOPRESSA	93	SANDIMMUNE	88
ribavirin	42,112	SANDOSTATIN LAR DEPOT	84
RIDAURA	86	SANTYL	59
rifabutin	25	sapropterin dihydrochloride	113
rifampin	26	SCEMBLIX	34
RIFATER	26	scopolamine	22
riluzole	99	SECUADO	41
RIMANTADINE HCL	42	SECURESAFE INSULIN SYRINGE	106
ringers	63	selegiline hcl	38
ringers irrigation	63	selenium sulfide	58
RINVOQ	88	SELZENTRY	46
risedronate sodium	65	SEREVENT DISKUS	109
risperidone	41	sertraline hcl	20
risperidone microspheres er	41	setlakin	79
RITEFLO	106	sevelamer carbonate	60
ritonavir	44	sevelamer hcl	60

sharobel	81	SPRYCEL	34
SHINGRIX	90	SPS	61
SIGNIFOR	84	sronyx	79
sildenafil citrate	69,107	ssd	59
SILIGENTLE FOAM DRESSING	106	sss 10-5	59
silodosin	69	SSS 10-5	59
silver sulfadiazine	59	stavudine	45
SIMBRINZA	93	STELARA	59,86
simliya	79	sterile water for irrigation	106
simpesse	79	STIVARGA	34
simvastatin	53	STRENSIQ	113
sirolimus	88	STREPTOMYCIN SULFATE	7
SIRTURO	26	STRIBILD	43
SKYRIZI	59,67,86	subvenite	15
SKYRIZI (150 MG DOSE)	86	subvenite starter kit-blue	15
SKYRIZI PEN	86	subvenite starter kit-green	15
SMOFLIPID	63	subvenite starter kit-orange	15
sod citrate-citric acid	69	SUCRAID	113
sodium chloride	62,112	sucrafate	68
sodium chloride (pf)	62	sulfacetamide sodium	91
sodium chloride bacteriostatic	106	sulfacetamide sodium (acne)	13
sodium fluoride	63	sulfacetamide sodium-sulfur	59
sodium phenylbutyrate	113	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	94
SODIUM SULFACETAMIDE-BAKUCHIOL	59	sulfadiazine	13
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	42	sulfamethoxazole-trimethoprim	13
solifenacin succinate	68	SULFAMYLON	57
SOLTAMOX	27	sulfasalazine	64
SOMATULINE DEPOT	84	sulfatrim pediatric	13
SOMAVERT	84	sulindac	4
sorafenib tosylate	34	sumatriptan	24
sorine	48	sumatriptan succinate	24
sotalol hcl	48	sumatriptan succinate refill	24
sotalol hcl (af)	48	sunitinib malate	34
SPINOSAD	60	SUNLENCA	46
SPIRIVA HANDIHALER	108	SUPRAX	10
SPIRIVA RESPIMAT	108	SURE COMFORT PEN NEEDLES	106
spironolactone	54	syeda	79
spironolactone-hctz	52	symax-sl	66
sprintec 28	79	symax-sr	66
SPRITAM	15	SYMDEKO	109
		SYMPAZAN	16

SYMTUZA.....	44	TENIVAC.....	90
SYNAREL.....	84	tenofovir disoproxil fumarate.....	45
SYNERCID.....	8	TEPMETKO.....	35
SYNJARDY.....	96	terazosin hcl.....	48
SYNJARDY XR.....	96	terbinafine hcl.....	24
SYNRIBO.....	29	terbutaline sulfate.....	109
SYNTHROID.....	83	terconazole.....	24
T		teriflunomide.....	98
TABLOID.....	27	TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	65
TABRECTA.....	29	testosterone.....	72
tacrolimus.....	58,88	testosterone cypionate.....	72
tadalafil.....	69	TESTOSTERONE ENANTHATE.....	72
tadalafil (pah).....	107	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD.....	90
TAFINLAR.....	34	tetrabenazine.....	99
tafluprost (pf).....	92	tetracycline hcl.....	13
TAGRISSE.....	35	THALOMID.....	27
TALTZ.....	86	THEO-24.....	110
TALZENNA.....	35	theophylline.....	110
tamoxifen citrate.....	27	theophylline er.....	110
tamsulosin hcl.....	69	THIOLA EC.....	69
tarina 24 fe.....	79	thioridazine hcl.....	39
tarina fe 1/20.....	79	thiotepa.....	26
tarina fe 1/20 eq.....	79	thiothixene.....	39
taron-crystals.....	69	THYROID.....	83
TASIGNA.....	35	tiadylt er.....	50
tasimelteon.....	114	tiagabine hcl.....	16
taysofy.....	79	TIBSOVO.....	35
tazarotene.....	56	TICOVAC.....	90
TAZICEF.....	10	tigecycline.....	9
TAZORAC.....	56	tilia fe.....	79
taztia xt.....	50	timolol maleate.....	25,92
TAZVERIK.....	29	timolol maleate ocudose.....	93
TDVAX.....	90	timolol maleate pf.....	93
TEFLARO.....	10	tinidazole.....	9
telmisartan.....	47	tiopronin.....	69
telmisartan-amlodipine.....	52	tis-u-sol.....	63
telmisartan-hctz.....	52	TIVICAY.....	43
temazepam.....	114	TIVICAY PD.....	43
TEMIXYS.....	45	tizanidine hcl.....	22
TENCON.....	99	TOBI PODHALER.....	110
		TOBRADEX.....	94

tobramycin	91,110	tri-lo-mili	79
tobramycin sulfate	7	tri-lo-sprintec	79
tobramycin-dexamethasone	94	tri-mili	79
TOBEX	91	tri-nymyo	79
TOLAK	59	tri-previfem	79
TOLBUTAMIDE	96	tri-sprintec	79
tolterodine tartrate	68	tri-vite/fluoride	63
tolterodine tartrate er	68	tri-vylibra	79
topiramate	15	tri-vylibra lo	79
topiramate er	15	triamcinolone acetonide	46,58
toremifene citrate	27	triamterene	54
toremide	54	triamterene-hctz	52
TOUJEO MAX SOLOSTAR	97	triazolam	114
TOUJEO SOLOSTAR	97	tricitrates	69
tovet	58	triderm	58
TPN ELECTROLYTES	63	trientine hcl	60
TRACLEER	107	TRIENTINE HCL	60
TRADJENTA	96	trifluoperazine hcl	39
tramadol hcl	2	TRIFLURIDINE	43
tramadol hcl (er biphasic)	3	trihexyphenidyl hcl	37
tramadol hcl er	3	TRIKAFTA	110
tramadol-acetaminophen	2	trilyte	67
trandolapril	55	trimethobenzamide hcl	22
trandolapril-verapamil hcl er	52	trimethoprim	9
tranexamic acid	71	trimipramine maleate	21
tranlycypromine sulfate	19	TRINTELLIX	20
travoprost (bak free)	92	TRIUMEQ	45
trazodone hcl	20	TRIUMEQ PD	45
TRECTOR	26	trivora (28)	79
TRELEGY ELLIPTA	112	TRIZIVIR	45
TRELSTAR MIXJECT	84	trospium chloride	68
TRESIBA	97	trospium chloride er	68
TRESIBA FLEXTOUCH	97	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	106
tretinoin	36,56	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	106
TREXALL	88	TRULICITY	96
tri femynor	79	TRUMENBA	90
tri-estarylla	79	TRUQAP	30
tri-legest fe	79	TUKYSA	35
tri-linyah	79	tulana	81
tri-lo-estarylla	79	TURALIO	35
tri-lo-marzia	79	turqoz	79

TWINRIX.....	90	venlafaxine hcl er.....	20,21
TYBOST.....	46	VENTAVIS.....	107
tydemy.....	79	verapamil hcl.....	50
TYMLOS.....	65	VERAPAMIL HCL ER.....	50
TYPHIM VI.....	90	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	106
TYSABRI.....	98	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	106
		VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	106
U		VERQUVO.....	52
UBRELVY.....	25	VERSACLOZ.....	39
UKONIQ.....	35	VERZENIO.....	35
unithroid.....	83	vestura.....	80
ursodiol.....	67	VICTOZA.....	96
		vienna.....	80
V		vigabatrin.....	16
valacyclovir hcl.....	43	vigadrone.....	16
VALCHLOR.....	26	vigpoder.....	16
valganciclovir hcl.....	41	VIIBRYD STARTER PACK.....	21
valproate sodium.....	15	vilazodone hcl.....	21
valproic acid.....	15	viorele.....	80
valsartan.....	47	VIRACEPT.....	44
valsartan-hydrochlorothiazide.....	52	VIREAD.....	45
VALTOCO 10 MG DOSE.....	16	virtussin a/c.....	112
VALTOCO 15 MG DOSE.....	16	virtussin ac w/alc.....	112
VALTOCO 20 MG DOSE.....	16	vitamin d (ergocalciferol).....	65
VALTOCO 5 MG DOSE.....	16	vitamins acd-fluoride.....	63
vanadom.....	91	VITRAKVI.....	35
vancomycin hcl.....	9	VIZIMPRO.....	35
VANDAZOLE.....	9	volnea.....	80
VANFLYTA.....	29	VONJO.....	30
VAQTA.....	90	voriconazole.....	24
vardenafil hcl.....	69	VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD.....	106
varenicline tartrate.....	6	VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER.....	106
varenicline tartrate (starter).....	6	VORTEX HOLDING CHAMBER/MASK.....	107
varenicline tartrate(continue).....	6	VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER.....	107
VARIVAX.....	90	VOSEVI.....	42
VECAMYL.....	52	VRAYLAR.....	41
VELIVET.....	80	vyfemla.....	80
VELTASSA.....	61	vylibra.....	80
VENCLEXTA.....	35	VYNDAMAX.....	52
VENCLEXTA STARTING PACK.....	35	VYNDAQEL.....	113
venlafaxine hcl.....	20	VYZULTA.....	92

W

warfarin sodium	70
WATCHHALER	107
water for irrigation, sterile	107
WELIREG	29
wera	80
wixela inhub	112
wymzya fe	80

X

XALKORI	35
XARELTO	70
XARELTO STARTER PACK	70
XATMEP	88
XCOPRI	15
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	15
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	15
XELJANZ	86
XELJANZ XR	88
XERMELO	65
XGEVA	65
XIFAXAN	9
XIGDUO XR	96
XIIDRA	94
XOFLUZA (40 MG DOSE)	42
XOFLUZA (80 MG DOSE)	42
XOLAIR	87
XOSPATA	35
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	29
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	29
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	29
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	30
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	30
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	30
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	30
XTANDI	27
xulane	80
XYREM	114

Y

yargesa	113
YF-VAX	90
yuvaferm	80

Z

zafemy	80
zafirlukast	108
zaleplon	114
zarah	80
ZARXIO	71
zebutal	99
ZEJULA	36
ZELBORAF	36
zenatane	56
ZENPEP	113
zenzedi	100
zidovudine	45
ziprasidone hcl	41
ziprasidone mesylate	41
ZIRGAN	41
zoledronic acid	65
ZOLINZA	30
zolmitriptan	25
zolpidem tartrate	114
zolpidem tartrate er	114
ZONISADE	17
zonisamide	17
ZONTIVITY	70
zovia 1/35 (28)	80
zovia 1/35e (28)	80
ZTALMY	15
ZUBSOLV	6,7
zumandimine	80
ZURZUVAE	19
ZYDELIG	36
ZYKADIA	36
ZYLET	94
ZYPREXA RELPREVV	41



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

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

Blue Shield of California Civil

Rights Coordinator

P.O. Box 629007

El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

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

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

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

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

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este formulario se actualizó el **06/20/2024**. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al **(888) 239-6469** o al **711** para los usuarios del sistema TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o visite el sitio web **blueshieldca.com/medformulary2024**.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias preferidas de bajo costo en algunos condados de California. Es posible que los bajos costos publicados en los anuncios de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red y saber si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame al **(888) 239-6469 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en **blueshieldca.com/medpharmacy2024**.

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