



Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO)

Formulario de 2021 (Lista de Medicamentos Cubiertos)

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

N.º de Identificación de Presentación de Archivo del Formulario Aprobado de HPMS 21566, Número de Versión 18

Este formulario se actualizó el 12/01/2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO) al:

Estado	Número de Teléfono
AR	1-855-565-9518
AZ	1-800-977-7522
FL	1-877-935-8022
GA	1-844-890-2326
IN	1-855-766-1541

Estado	Número de Teléfono
KS	1-855-565-9519
LA	1-855-766-1572
MO	1-855-766-1452
MS	1-844-786-7711
NM	1-833-543-0246

Estado	Número de Teléfono
NV	1-833-854-4766
OH	1-855-766-1851
PA	1-855-766-1456
SC	1-855-766-1497
TX	1-844-796-6811

o, para los usuarios de TTY, 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales, o visite:

Estado	Dirección Web
AR	allwell.arhealthwellness.com
AZ	allwell.azcompletehealth.com
FL	allwell.sunshinehealth.com
GA	allwell.pshpgeorgia.com
IN	allwell.mhsindiana.com
KS	allwell.sunflowerhealthplan.com
LA	allwell.louisianahealthconnect.com
MO	allwell.homestatehealth.com

Estado	Dirección Web
MS	allwell.magnoliahealthplan.com
NM	allwell.westernskycommunitycare.com
NV	allwell.silversummithealthplan.com
OH	allwell.buckeyehealthplan.com
PA	allwell.pahealthwellness.com
SC	allwell.absolutetotalcare.com
TX	allwell.superiorhealthplan.com

Nota para los afiliados existentes: se han registrado cambios en este formulario a partir del año pasado. Consulte este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Bridgeway Health Solutions, Sunshine State Health Plan, Inc., Peach State Health Plan, Inc., Coordinated Care Corporation, Sunflower State Health Plan, Inc., Louisiana Healthcare Connections, Inc., Home State Health Plan, Inc., Magnolia Health Plan, Inc., Western Sky Community Care, Inc., SilverSummit HealthPlan, Inc., Buckeye Health Plan Community Solutions, Buckeye Community Health Plan, Inc., Pennsylvania Health & Wellness, Inc., Absolute Total Care, Inc., Superior Health Plan, Inc. y a Managed Health Services, Wisconsin. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO), y a Allwell Medicare Select USHS (HMO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que tiene vigencia a partir del 12/01/2021. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el formulario, aparece en las páginas del frente y del reverso.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos que requieren receta médica. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coseguro pueden modificarse el 1 de enero de 2022 y, ocasionalmente, durante el año.

¿En qué consiste el Formulario de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO)?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan en consulta con un equipo de proveedores de atención de salud, que incluye las terapias que requieren receta médica consideradas como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, cubriremos los medicamentos que figuran en nuestro formulario siempre que el medicamento sea necesario a nivel médico, que surta la receta médica en una farmacia de la red del plan y que se cumplan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas médicas, consulte la *Evidencia de Cobertura*.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en lista de medicamentos durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que tendrá el mismo o un menor nivel de costo compartido y las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos dicho cambio, usted o la persona que le recetó el medicamento pueden solicitarnos que hagamos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le brindamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección que se titula “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO)?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, nosotros retiraremos de inmediato dicho medicamento de nuestro formulario y enviaremos un aviso a los afiliados que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente tomen un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en el formulario, o bien agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas. Alternativamente, podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, límites de cantidad o de terapia escalonada para un medicamento o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, deberemos notificar sobre el cambio a los afiliados afectados al menos 30 días antes de que el cambio se haga efectivo, o en el momento en que el afiliado solicite una repetición de la receta del medicamento, en cuyo momento el afiliado recibirá un suministro de 30 días del medicamento.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que le recetó el medicamento pueden solicitarnos que hagamos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le brindamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección que se titula “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell

Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO)?”.

Los cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Generalmente, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento durante el año de cobertura 2021, excepto como se describe arriba. Esto significa que estos medicamentos continuarán estando disponibles con el mismo costo compartido para aquellos afiliados que lo estén tomando durante el resto del año de cobertura. Este año, no recibirá ningún aviso directo sobre los cambios que no le afecten. No obstante, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios sí le afectarán; es importante que consulte la Lista de Medicamentos del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio realizado en los medicamentos.

El formulario que se adjunta tiene vigencia a partir del 12/01/2021. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto figura en las páginas del frente y del reverso.

Si realizamos cualquier otro cambio negativo con respecto a un medicamento que esté tomando, se lo informaremos por correo. También publicaremos los cambios en nuestro sitio web.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Afección Médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos que figuran en este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas que traten. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran bajo la categoría “CARDIOVASCULAR”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado Alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, deberá buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página Index 1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos están enumerados en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que podrá encontrar información de la cobertura. Consulte la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico aprobado, según la FDA, tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos son más económicos que los medicamentos de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización Previa:** nuestro plan exige que usted o su médico obtenga autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de Cantidad:** para determinados medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona una tableta por día por receta médica para *simvastatin oral tablet 40 mg*. Esto puede proporcionarse además de un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia Escalonada:** en algunos casos, nuestro plan le exige que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, posiblemente no cubramos el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte el formulario que comienza en la página 1. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Publicamos documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el formulario, aparece en las páginas del frente y del reverso.

Puede pedirnos que hagamos una excepción a estas restricciones o límites o para una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO)?” en la página v para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede 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 el Departamento de Servicios al Afiliado y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si se entera de que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Departamento de Servicios al Afiliado una lista de medicamentos similares que cubra nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y solicítele que le recete un medicamento similar cubierto por nosotros.

- Puede pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO)?

Puede pedirnos que hagamos una excepción a las reglas de nuestra cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitar.

- Nos puede pedir que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si obtiene aprobación, este medicamento tendrá cobertura con un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá pedirnos que proporcionemos 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 este medicamento no está en el nivel de especialidad. Si obtiene la aprobación, esto reduciría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que anulemos las restricciones o los límites de la cobertura con respecto a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que anulemos dicho límite y que cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, solo aprobaremos su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con el costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicionales no fuesen tan eficaces en el tratamiento de su afección y/o le ocasionaran efectos médicos adversos.

Deberá contactarse con nosotros para pedirnos que tomemos una decisión de cobertura inicial para una excepción del formulario o de las restricciones de utilización. **Cuando solicite una excepción al formulario o de las restricciones de utilización, deberá enviar una declaración de la persona que recetó el medicamento o de su médico que respalde su solicitud.** Generalmente, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo de la persona que recetó el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico cree que su salud podría verse gravemente perjudicada al esperar las 72 horas para obtener una decisión. Si se otorga su solicitud de excepción acelerada, debemos informarle de la decisión en un lapso de 24 horas como máximo después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico u otra persona que recete.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar de medicamentos o solicitar una excepción?

Como afiliado nuevo o existente en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está incluido en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa antes de que pueda surtir su receta médica. Le recomendamos que hable con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que cubramos o solicitar una excepción del formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras determina con su médico la forma de proceder correcta para usted, es posible que cubramos su medicamento en determinados casos durante los primeros 90 días en que sea afiliado de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta médica se emitió para una cantidad menor de días, autorizaremos repeticiones hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, aunque haya sido afiliado del plan menos de 90 días.

Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya transcurrieron los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días mientras solicita una excepción del formulario.

Cambios en el nivel de atención

Si experimenta un cambio en su nivel de atención, cubriremos un suministro de transición de sus medicamentos. Un cambio en el nivel de atención ocurre cuando se le da de alta de un hospital o se le traslada desde o hacia un centro de atención a largo plazo.

- Si usted se traslada de un centro de atención a largo plazo o un hospital y necesita un suministro de transición, cubriremos un suministro para 30 días. Si en su receta médica se establecen menos días, permitiremos que se surtan varias recetas hasta alcanzar el total de un suministro para un período de 30 días.
- Si se traslada de su hogar o de un hospital a un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de transición, cubriremos un suministro para 31 días. Si en su receta médica se establecen menos días, permitiremos que se surtan varias recetas hasta alcanzar el total de un suministro para un período de 31 días.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de su plan, consulte la *Evidencia de Cobertura* y demás documentos del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el formulario, aparece en las páginas del frente y del reverso.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO)

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Si tiene problemas para ubicar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página Index 1.

La primera columna del cuadro detalla el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en letra mayúscula (por ejemplo, ELIQUIS ORAL TABLETS) y los medicamentos genéricos, en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *warfarin sodium oral tablet*).

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

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas pueden aparecer en el formulario.

Abreviatura	Definición	Descripción
B/D	Medicare Parte B frente a Parte D	Este medicamento puede tener cobertura de Medicare Parte B o Parte D según las circunstancias. Es posible que se deba presentar información que describa el uso y las circunstancias de empleo del medicamento para tomar una decisión.
GC	Cobertura Adicional Durante la Brecha	Solo para el plan Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP) , los planes Allwell Medicare (HMO) en Ohio y los condados de Yavapai y Yuma en Arizona, el plan Allwell Medicare Essentials (HMO) en Arizona, el plan Allwell Medicare Premier II (HMO) en Arizona y el plan Allwell Medicare Boost (HMO) en Ohio: Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento que requiere receta médica durante la brecha de cobertura. Si desea más información sobre esta cobertura, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> .
GC*	Cobertura Adicional Durante la Brecha	Solo para los planes Allwell Medicare (HMO) en Louisiana, Mississippi, Missouri y Nevada: Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento que requiere receta médica durante la brecha de cobertura. Si desea más información sobre esta cobertura, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> .
GC+	Cobertura Adicional Durante la Brecha	Solo para los planes Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO): Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento que requiere receta médica durante la brecha de cobertura. Si desea más información sobre esta cobertura, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> .
LA	Acceso Limitado	Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> o llame al Departamento de Servicios al Afiliado del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nuestra información de contacto figura en las páginas del frente y del reverso. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
NM	Compra por Correo	Este medicamento no está disponible en nuestra farmacia de compra por correo.
PA	Autorización Previa	Este medicamento requiere autorización previa. Esto significa que usted o la persona que receta deben obtener nuestra aprobación antes de surtir su receta médica. Si no obtiene aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

Abreviatura	Definición	Descripción
PA-NS	Autorización Previa para Nuevos Comienzos	Este medicamento requiere autorización previa para la primera vez que se solicite. Esto significa que, si es la primera vez que usa este medicamento, tendrá que obtener nuestra aprobación antes de surtir su receta médica. Si está tomando este medicamento en el momento de la inscripción, no se le pedirá que cumpla con los criterios para su aprobación.
QL	Límite de Cantidad	Este medicamento tiene un límite en la cantidad que cubriremos. Por ejemplo, cubrimos una tableta por día por receta médica para <i>simvastatin oral tablet 40 mg.</i> . Esto puede ser además de un límite de suministro estándar para un mes o para tres meses.
ST	Terapia Escalonada	Este medicamento requiere una terapia escalonada. Esto significa que primero debe probar ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, posiblemente no cubramos el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces cubriremos el medicamento B.
^	Suministro de Días No Extendido	Es posible que este medicamento que requiere receta médica solo esté disponible para un suministro de hasta un mes. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para preguntar si el medicamento está disponible como suministro extendido.

Descripciones de los niveles del formulario

Los medicamentos que requieren receta médica se agrupan en uno de seis niveles. Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento, busque en la columna Nivel de Medicamentos en el formulario que comienza en la página 1. Para obtener información más detallada sobre sus costos de desembolso por recetas, incluido cualquier deducible que pueda aplicarse, consulte la *Evidencia de Cobertura* y demás documentos del plan.

La tabla a continuación muestra el copago de suministro minorista estándar de 30 días o el monto del coseguro (es decir, la parte del costo del medicamento que pagará durante la etapa de cobertura inicial) a menos que se indique lo contrario:

Estado	Nombre del Plan	Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos (incluye medicamentos genéricos preferidos)	Nivel 2 Medicamentos Genéricos (incluye medicamentos genéricos)	Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos (incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos)	Nivel 4 Medicamentos No Preferidos (incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	Nivel 5 Especialidad ¹ (incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo)	Nivel 6 Medicamentos para la Atención Seleccionada (incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que se utilizan para tratar afecciones crónicas específicas)
AR	Allwell Medicare (HMO)	\$0	\$8	\$47	\$100	28%	\$0
AR	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$0	\$8	\$47	\$100	25%	\$0
AR	Allwell Medicare Premier (HMO)	\$0	\$8	\$47	\$100	28%	\$0
AR	Allwell Medicare Select (HMO)	\$0	\$8	\$47	\$100	33%	\$0
AZ	Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP)	\$5 ²	\$15 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
AZ	Allwell Medicare (HMO)	\$3 ²	\$15 ²	\$37 ²	\$90 ²	29%	\$0
AZ	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$5 ²	\$15 ²	\$37 ²	\$90 ²	26%	\$0

Estado	Nombre del Plan	Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos (incluye medicamentos genéricos preferidos)	Nivel 2 Medicamentos Genéricos (incluye medicamentos genéricos)	Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos (incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos)	Nivel 4 Medicamentos No Preferidos (incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	Nivel 5 Especialidad ¹ (incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo)	Nivel 6 Medicamentos para la Atención Seleccionada (incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que se utilizan para tratar afecciones crónicas específicas)
AZ	Allwell Medicare Essentials (HMO)	\$0 ²	\$15 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
AZ	Allwell Medicare Premier II (HMO) en los condados de Maricopa, Pima y Pinal	\$0 ²	\$15 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
AZ	Allwell Medicare Premier II (HMO) en los condados de Cochise, Santa Cruz, Yavapai y Yuma	\$5 ²	\$15 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
FL	Allwell Medicare (HMO)	\$0 ²	\$5 ²	\$42 ²	\$100 ²	33%	\$0 ²
GA	Allwell Medicare (HMO)	\$0 ²	\$7 ²	\$37 ²	\$90 ²	28%	\$0
GA	Allwell Medicare Premier (HMO)	\$5 ²	\$15 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
IN	Allwell Medicare (HMO)	\$0 ²	\$5 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0

Estado	Nombre del Plan	Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos (incluye medicamentos genéricos preferidos)	Nivel 2 Medicamentos Genéricos (incluye medicamentos genéricos)	Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos (incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos)	Nivel 4 Medicamentos No Preferidos (incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	Nivel 5 Especialidad ¹ (incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo)	Nivel 6 Medicamentos para la Atención Seleccionada (incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que se utilizan para tratar afecciones crónicas específicas)
IN	Allwell Medicare (PPO) en los condados de Boone, Delaware, Hamilton, Hancock, Hendricks, Howard, Johnson, La Porte, Lake, Madison, Marion, Porter, Posey, Shelby, Tippecanoe, Tipton, Vanderburgh y Warrick	\$0 ²	\$5 ²	\$37 ²	\$90 ²	29%	\$0
IN	Allwell Medicare (PPO) en los condados de Allen, Elkhart, St. Joseph, Wells y Whitley	\$0 ²	\$5 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
IN	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$0 ²	\$5 ²	\$37 ²	\$90 ²	29%	\$0
KS	Allwell Medicare (HMO)	\$0 ²	\$9 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
KS	Allwell Medicare (PPO)	\$0 ²	\$9 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
KS	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$0 ²	\$9 ²	\$37 ²	\$90 ²	25%	\$0
LA	Allwell Medicare (HMO)	\$0 ²	\$10 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0

Estado	Nombre del Plan	Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos (incluye medicamentos genéricos preferidos)	Nivel 2 Medicamentos Genéricos (incluye medicamentos genéricos)	Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos (incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos)	Nivel 4 Medicamentos No Preferidos (incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	Nivel 5 Especialidad ¹ (incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo)	Nivel 6 Medicamentos para la Atención Seleccionada (incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que se utilizan para tratar afecciones crónicas específicas)
MO	Allwell Medicare (HMO)	\$0 ²	\$5 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
MO	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$0 ²	\$9 ²	\$37 ²	\$90 ²	25%	\$0
MS	Allwell Medicare (HMO)	\$0	\$15	\$42	\$100	27%	\$0
MS	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$3	\$15	\$47	\$100	25%	\$0
NM	Allwell Medicare (HMO)	\$0 ²	\$9 ²	\$37 ²	\$90 ²	30%	\$0
NM	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$0 ²	\$9 ²	\$37 ²	\$90 ²	30%	\$0
NV	Allwell Medicare (HMO)	\$0	\$15	\$47	\$100	33%	\$0
NV	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$3	\$15	\$47	\$100	28%	\$0
NV	Allwell Medicare Boost P3 (HMO)	\$3	\$10	\$47	\$100	28%	\$0
NV	Allwell Medicare Boost USHS (HMO)	\$3	\$10	\$47	\$100	28%	\$0
NV	Allwell Medicare Select P3 (HMO)	\$0	\$2	\$47	\$100	33%	\$0
NV	Allwell Medicare Select USHS (HMO)	\$0	\$2	\$47	\$100	33%	\$0

Estado	Nombre del Plan	Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos (incluye medicamentos genéricos preferidos)	Nivel 2 Medicamentos Genéricos (incluye medicamentos genéricos)	Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos (incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos)	Nivel 4 Medicamentos No Preferidos (incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	Nivel 5 Especialidad ¹ (incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo)	Nivel 6 Medicamentos para la Atención Seleccionada (incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que se utilizan para tratar afecciones crónicas específicas)
OH	Allwell Medicare (HMO)	\$0 ²	\$9 ²	\$37 ²	\$90 ²	31%	\$0
OH	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$0 ²	\$9 ²	\$37 ²	\$90 ²	31%	\$0
PA	Allwell Medicare (HMO)	\$0	\$10	\$47	\$100	33%	\$0
PA	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$0	\$10	\$47	\$100	33%	\$0
SC	Allwell Medicare (HMO) en los condados de Anderson, Calhoun, Fairfield, Greenville, Kershaw, Lexington, Oconee, Pickens, Richland, Saluda y Spartanburg	\$0	\$8	\$47	\$100	33%	\$0

Estado	Nombre del Plan	Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos (incluye medicamentos genéricos preferidos)	Nivel 2 Medicamentos Genéricos (incluye medicamentos genéricos)	Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos (incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos)	Nivel 4 Medicamentos No Preferidos (incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	Nivel 5 Especialidad ¹ (incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo)	Nivel 6 Medicamentos para la Atención Seleccionada (incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que se utilizan para tratar afecciones crónicas específicas)
SC	Allwell Medicare (HMO) en los condados de Abbeville, Allendale, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Edgefield, Florence, Georgetown, Greenwood, Hampton, Jasper, Laurens, Lee, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Orangeburg, Union y Williamsburg	\$0	\$12	\$47	\$100	33%	\$0
TX	Allwell Medicare (HMO) en los condados de Collin, Dallas, Denton, Lubbock, Rockwall y Tarrant	\$0 ²	\$14 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0

Estado	Nombre del Plan	Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos (incluye medicamentos genéricos preferidos)	Nivel 2 Medicamentos Genéricos (incluye medicamentos genéricos)	Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos (incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos)	Nivel 4 Medicamentos No Preferidos (incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos)	Nivel 5 Especialidad ¹ (incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo)	Nivel 6 Medicamentos para la Atención Seleccionada (incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que se utilizan para tratar afecciones crónicas específicas)
TX	Allwell Medicare (HMO) en los condados de Aransas, Bee, Brooks, Cameron, Goliad, Hidalgo, Jim Hogg, Jim Wells, Kenedy, Kleberg, Nueces, Refugio, Starr, Willacy y Zapata	\$2 ²	\$12 ²	\$37 ²	\$90 ²	33 %	\$0
TX	Allwell Medicare (HMO) en los condados Aransas, Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, El Paso, Guadalupe, Jim Wells, Karnes, Kendall, Medina, Nueces y Wilson	\$3 ²	\$12 ²	\$37 ²	\$90 ²	33%	\$0
TX	Allwell Medicare Boost (HMO)	\$2 ²	\$12 ²	\$37 ²	\$90 ²	29%	\$0

¹ Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel más bajo.

² Este es el monto de copago o coseguro de suministro minorista preferido para 30 días. Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar farmacias que ofrezcan costos compartidos preferidos.

Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Allwell complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Allwell:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Allwell’s Member Services telephone number listed for your state on the Member Services Telephone Numbers by State Chart. From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Allwell has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number in the chart below and telling them you need help filing a grievance; Allwell’s Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Member Services Telephone Numbers by State Chart

State	Telephone Number
Arizona	1-800-977-7522 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711)
Arkansas	1-855-565-9518 (TTY: 711)
Florida	1-877-935-8022 (TTY: 711)
Georgia	1-844-890-2326 (HMO); 1-877-725-7748 (HMO SNP) (TTY: 711)
Indiana	1-855-766-1541 (HMO and PPO); 1-833-202-4704 (HMO SNP) (TTY: 711)
Kansas	1-855-565-9519 (HMO and PPO); 1-833-402-6707 (HMO SNP) (TTY: 711)
Louisiana	1-855-766-1572 (HMO); 1-833-541-0767 (HMO SNP) (TTY: 711)
Mississippi	1-844-786-7711 (HMO); 1-833-260-4124 (HMO SNP) (TTY: 711)
Missouri	1-855-766-1452 (HMO); 1-833-298-3361 (HMO SNP) (TTY: 711)
Nevada	1-833-854-4766 (HMO); 1-833-717-0806 (HMO SNP) (TTY: 711)
New Mexico	1-833-543-0246 (HMO); 1-844-810-7965 (HMO SNP) (TTY: 711)
Ohio	1-855-766-1851 (HMO); 1-866-389-7690 (HMO SNP) (TTY: 711)
Pennsylvania	1-855-766-1456 (HMO); 1-866-330-9368 (HMO SNP) (TTY: 711)
South Carolina	1-855-766-1497 (TTY: 711)
Texas	1-844-796-6811 (H0062-001, 002, 003, 009; H5294-011, 012, 013, 014, 017, 018); 1-877-935-8023 (H5294-010, 015) (TTY: 711)
Wisconsin	1-877-935-8024 (TTY: 711)

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number listed for your state in the Member Services Telephone Number Chart.

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que se enumera para su estado en la Ficha de Números de Teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado.

CHINESE: 請注意: 如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥會員服務部電話號碼表所列的您所在州的會員服務部號碼。

VIETNAMESE: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin vui lòng gọi số điện thoại phục vụ hội viên dành cho tiểu bang của quý vị trong Bảng số điện thoại dịch vụ hội viên.

FRENCH CREOLE (HAITIAN CREOLE): ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, ou ka resevwa sèvis gratis ki la pou ede w nan lang pa w. Rele nimewo sèvis manm pou eta kote w rete a. W ap jwenn li nan tablo nimewo telefòn sèvis manm yo.

KOREAN: 알림사항: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 가입자 서비스 전화번호 표에 있는 귀하의 주 가입자 서비스 안내번호로 전화하십시오.

FRENCH: ATTENTION : Si vous parlez français, un service d'aide linguistique vous est proposé gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone du Service aux membres spécifique à votre État qui se trouve dans le tableau de numéros de téléphone du Service aux membres.

ARABIC:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل برقم خدمات الأعضاء المُدرج في لائحة رقم هاتف خدمات الأعضاء الخاص بالولاية المقيم فيها.

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer działu obsługi klienta odpowiedni dla twojego stanu, dostępny w Wypisie numerów telefonu działu obsługi klienta.

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите на русском языке, мы можем предложить Вам бесплатные услуги переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников по указанному для Вашего штата номеру в телефонном справочнике Отдела обслуживания участников

GERMAN: ACHTUNG: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie bitte die für Ihren Bundesstaat zuständige Rufnummer des Mitgliederkundendienstes an, die im Telefonverzeichnis des Mitgliederkundendienstes angegeben ist.

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha ka na mga libreng serbisyong pantulong sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo ng Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa Tsart ng Numero ng mga Serbisyo ng Miyembro.

GUJARATI: સાવધાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો, ભાષા સહાય સેવાઓ, નિઃશુલ્ક, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. સભ્ય સેવા ટેલેફોન નંબર ચાર્ટમાં તમારા રાજ્ય માટે સૂચવિદ્ધ સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો.

PORTUGUESE: ATENÇÃO: Se falar português, estão disponíveis, gratuitamente, serviços de assistência linguística. Ligue para o número dos Serviços aos Membros indicado para o seu estado na Tabela de números de telefone destes serviços.

ITALIAN: ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Consulti la Tabella dei Numeri Telefonici dei Servizi per i Membri e chiami il numero dei Servizi per i Membri del Suo stato.

PENNSYLVANIAN DUTCH: Geb Acht: Wann du Deitsch schwetze kannscht, un Hilf in dei eegni Schprooch brauchst, kannscht du es Koschdefrei griegie. Ruf die Glieder Nummer von dei Staat, ass iss uff die Lischd an die Glieder Hilf Telefon Nummer Kaart.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं, सहायक उपकरण और सेवाएं, और अयि वैकल्पिकआवाजके लए निःशुल्क उलपबध हैं। इहिंप्राप्त करेकेके,कृपया उपरोक्त नंबर पर कॉल करें

Diné Bizaad (Navajo): Diné k'ehjí saad bee shíká a'doowoł nínízingo bee ná haz'á, t'áá haada yit' éego kodóó naaltsoos da nich'í ál'íggo éí doodago t'áá ha'át'ihída Diné k'ehjí bee shíká a'doowoł nínízingo bee ná ahóót'i'. Á kót' éego shíká a'doowoł nínízingo hódahgo béésh bee hane'í biká'íjì' hodíílnih.

Ntawv Hmoob (Hmong): Muaj kev pab txhais lus, khoom pab mloog txhais lus thiab lwm yam kev pab pub dawb rau koj. Xav tau tej no, thov hu rau tus nab npawb saum toj saud.

ລາວ (Lao): ບັນດາບໍລິການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ບັນດາບັນຍາຍ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆ, ແລະ ຮບແບບທາງເລືອກອື່ນໆ ມີໃຫ້ ເຈົ້າ ພວ. ຫາກຕ້ອງການສູ່ຊັ້ນ ກະລຸນາໃຫ້ ປຶກສາຍາມເລກຂັ້ນ ເທງ.

မြန်မာ (Burmese) - ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ၊ အရန်အထောက်အပံ့များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ အချားပုံစံများရှိ ရေဒီယိုစာများကို သင့်အခမဲ့ရရှိပါသည်။ ၎င်းတို့ကို ရယူရန် အထကုပါနံပါတ်ကို ဖုန်းဆက်ပါ။

(Shqip) (Albanian): Shërbimet e asistencës gjuhësore, ndihma dhe shërbimet shtesë plotësuese si dhe forma të tjera alternative ofrohen pa pagesë për ju. Për ta përfituar këtë, lutem merrni në telefon numrin e treguar më sipër.

Somali (Somali): Adeegyada caawinta luuqadaha, qalabka caawinta iyo adeeygo kale, iyo qaabab kale aya kuu diyaar ah si lacag la'aan ah. Si aad u hesho adeegyadan fadlan wac nambarka xaga sare ku xusan.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	5^	B/D
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	3	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	3	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	5^	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML	5^	B/D
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	B/D
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5^	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	4	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	5^	B/D
<i>paraplatin intravenous solution 1000 mg/100ml</i>	3	B/D
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	5^	PA-NS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	2	GC+
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	4	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5^	PA-NS; LA
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	4	
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	3	
<i>fulvestrant intramuscular solution 250 mg/5ml</i>	5^	B/D
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	2	GC+
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	4	PA-NS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	5^	PA-NS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	5^	PA-NS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5^	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	3	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	5^	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5^	PA-NS; LA
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; LA
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	5^	
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC+
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	5^	
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 3.75 MG	5^	PA-NS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5^	PA-NS; LA
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG	5^	PA-NS; LA
AGENTES MOLECULARES OBJETIVO		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG	5^	PA-NS; QL (150 EA per 30 days)
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 3 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; LA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	5^	PA-NS; LA
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	5^	PA-NS; LA
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5^	PA-NS; LA
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA
BORTEZOMIB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	5^	PA-NS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	5^	PA-NS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5^	PA-NS; LA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5^	PA-NS; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	5^	PA-NS; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	5^	PA-NS; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	5^	PA-NS; LA
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5^	PA-NS; LA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; LA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	5^	PA-NS; QL (150 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5^	PA-NS; LA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5^	PA-NS; LA
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	5^	PA-NS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	5^	PA-NS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5^	PA-NS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ICLUSIG ORAL TABLET 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5^	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG	5^	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG	5^	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	5^	PA-NS; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	5^	B/D
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5^	PA-NS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	5^	PA-NS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5^	PA-NS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5^	PA-NS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5^	PA-NS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	5^	PA-NS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	5^	PA-NS; LA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	5^	PA-NS; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	5^	PA-NS; LA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	5^	PA-NS; LA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	5^	PA-NS; LA
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	5^	PA-NS; LA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	5^	PA-NS; LA
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	5^	PA-NS; LA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; LA
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	5^	PA-NS; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5^	PA-NS; LA
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	5^	PA-NS; LA
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5^	PA-NS; LA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5^	PA-NS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5^	PA-NS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5^	PA-NS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5^	PA-NS; LA
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	5^	PA-NS; LA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5^	PA-NS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5^	PA-NS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	5^	PA-NS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	5^	PA-NS; LA
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5^	PA-NS; LA
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG -UT/13.4ML	5^	PA-NS; LA
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5^	PA-NS; LA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	5^	PA-NS; LA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5^	PA-NS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5^	PA-NS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5^	PA-NS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG	5^	PA-NS; LA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	5^	PA-NS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	5^	PA-NS; LA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5^	PA-NS; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5^	PA-NS; LA
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5^	PA-NS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	5^	PA-NS; LA
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	5^	PA-NS; LA
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	5^	PA-NS; LA
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	5^	PA-NS; LA
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5^	PA-NS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	5^	PA-NS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (42 EA per 28 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	PA-NS; LA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; LA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5^	PA-NS; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	5^	PA-NS; LA
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	5^	PA-NS; LA
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 60 MG	5^	PA-NS; LA
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5^	PA-NS; LA
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	5^	PA-NS; LA
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5^	PA-NS; LA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; LA
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5^	PA-NS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; LA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5^	PA-NS; LA
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	4	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	4	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
<i>leucovorin calcium oral tablet 15 mg, 25 mg</i>	4	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5^	
ANTIBIÓTICOS		
<i>adriamycin intravenous solution 2 mg/ml</i>	4	B/D
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	5^	B/D
<i>epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml, 50 mg/25ml</i>	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	5^	B/D
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	5^	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	3	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	3	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	4	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	4	B/D
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	3	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	3	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	3	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	3	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	5^	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	
INHIBIDORES MITÓTICOS		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	5^	B/D
DOCETAXEL CONCENTRATE 160 MG/8ML INTRAVENOUS 160 MG/8ML	5^	B/D
DOCETAXEL CONCENTRATE 80 MG/4ML INTRAVENOUS 80 MG/4ML	5^	B/D
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	5^	B/D
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	4	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	5^	B/D
DOCETAXEL SOLUTION 160 MG/16ML INTRAVENOUS 160 MG/16ML	5^	B/D
DOCETAXEL SOLUTION 20 MG/2ML INTRAVENOUS 20 MG/2ML	5^	B/D
DOCETAXEL SOLUTION 80 MG/8ML INTRAVENOUS 80 MG/8ML	5^	B/D
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	3	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	4	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>toposar intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml</i>	3	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	B/D; GC+
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	4	B/D
INMUNOMODULADORES		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 21 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
VARIOS		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	5^	PA-NS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	2	GC+
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5^	PA-NS; LA
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	4	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5^	PA-NS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5^	PA-NS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5^	PA-NS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5^	PA-NS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5^	LA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	5^	PA-NS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	5^	
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	5^	PA; QL (8.16 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	5^	PA; QL (16 EA per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5^	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5^	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	5^	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5^	PA
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	5^	PA
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5^	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5^	PA; QL (6 EA per 28 days)
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5^	PA
RENFLXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5^	PA; LA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	5^	PA; QL (7 EA per 365 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (7 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (7 ML per 365 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	5^	PA; LA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5^	PA; LA; QL (3 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	5^	PA; LA; QL (3 ML per 28 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5^	PA; QL (240 ML per 24 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	2	GC+
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	1	GC+, GC*
TREXALL ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	B/D
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	B/D
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	5^	PA
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	5^	PA
GAMASTAN S/D INTRAMUSCULAR INJECTABLE	4	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	5^	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	5^	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	5^	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	5^	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	5^	PA
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	5^	PA
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	5^	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	5^	PA
<i>INMUNOMODULADORES</i>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	5^	PA-NS; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	5^	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	5^	B/D
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	5^	B/D
<i>INMUNOSUPRESORES</i>		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	3	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	5^	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5^	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	5^	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	4	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	4	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	4	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	4	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg</i>	5^	B/D
<i>engraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	4	B/D
<i>engraf oral solution 100 mg/ml</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	3	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	5^	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	3	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	4	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	5^	B/D
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	3	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5^	B/D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	B/D
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	5^	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	4	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	5^	B/D
VACUNAS		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	NM
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	3	NM
BCG VACCINE INJECTION INJECTABLE	3	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NM
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	NM
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	NM
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML	3	B/D; NM
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	3	B/D; NM
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NM
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NM
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML	3	NM
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	3	NM
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	3	B/D; NM
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	3	NM
IPOL INJECTION INJECTABLE	3	NM
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NM
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NM
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	NM
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	3	NM
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	NM
MENQUADFI INTRAMUSCULAR INJECTABLE	3	NM
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	NM
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	NM
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	NM
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NM
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	3	NM
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NM
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	NM
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	B/D; NM
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	B/D; NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	NM
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	NM
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	NM; QL (2 EA per 999 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	3	B/D; NM
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	3	B/D; NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	NM
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	3	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	3	NM
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	3	NM
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	3	NM
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	NM
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML	3	NM; QL (1 EA per 999 days)
ANALGÉSICOS		
<i>ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN CORTA</i>		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	3	QL (2700 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	3	QL (400 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	3	QL (240 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 400 mcg</i>	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	4	QL (2700 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	3	QL (240 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	3	QL (150 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	4	QL (600 ML per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	3	QL (180 ML per 30 days)
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	4	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml</i>	4	B/D
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML	4	B/D
MORPHINE SULFATE (PF) SOLUTION 10 MG/ML INTRAVENOUS 10 MG/ML	4	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	3	QL (900 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	4	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	QL (180 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	3	QL (240 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	2	GC+; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	3	QL (240 EA per 30 days)
ANALGÉSICOS OPIOIDES, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/12 hr, 12 mcg/12 hr, 25 mcg/12 hr, 50 mcg/12 hr, 75 mcg/12 hr</i>	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>methadone hcl intensol oral concentrate 10 mg/ml</i>	3	PA; QL (90 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	3	PA; QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	3	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	3	
NSAIDS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 200 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 50 mg</i>	3	QL (240 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC+
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	4	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	2	GC+
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	GC+
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	2	GC+
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	3	
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	3	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	GC+
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	2	GC+
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	3	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	4	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	3	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	GC+
ANESTÉSICOS		
<i>ANESTÉSICOS LOCALES</i>		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	3	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	3	B/D
ANTINFECCIOSOS		
<i>AGENTES ANTIRRETROVIRALES</i>		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	4	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	3	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5^	
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5^	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	4	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5^	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	4	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	4	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	3	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	5^	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	5^	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	5^	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5^	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5^	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	3	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	3	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	3	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	3	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	3	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5^	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5^	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5^	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	5^	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	3	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	5^	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	5^	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	3	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5^	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	3	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	5^	LA
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5^	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	5^	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5^	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	4	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	4	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	3	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	5^	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	3	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC+, GC*
PASER ORAL PACKET 4 GM	4	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	4	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	3	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5^	PA; LA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
AGENTES DE COMBINACIÓN ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	3	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	5^	
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	5^	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5^	
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5^	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	5^	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5^	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	5^	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	5^	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	5^	QL (30 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5^	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5^	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5^	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	4	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	5^	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	5^	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5^	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	5^	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5^	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5^	
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5^	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5^	
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	B/D
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	5^	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	4	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	5^	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	3	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	3	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluconazole oral tablet 150 mg</i>	2	GC+
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5^	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	4	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	3	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	5^	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	5^	QL (630 ML per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	3	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	5^	QL (93 EA per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	GC+, GC*; QL (90 EA per 365 days)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	5^	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	5^	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	4	PA; QL (480 EA per 30 days)
ANTIMALÁRICOS		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	4	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	3	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	3	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	4	PA
ANTINFECCIOSOS - VARIOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5^	
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	4	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	5^	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	5^	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	2	GC+
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 300-0.9 MG/50ML-%, 600-0.9 MG/50ML-%, 900-0.9 MG/50ML-%	4	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 9 gm/60ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	3	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	4	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	3	
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	5^	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	5^	
<i>daptomycin solution reconstituted 350 mg intravenous 350 mg</i>	5^	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5^	QL (12 EA per 365 days)
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	3	PA-NS
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	4	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	4	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	5^	QL (1800 ML per 30 days)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	4	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	3	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 5-0.79 mg/ml-%</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC+
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	2	GC+
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	5^	QL (6 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohydrate macro oral capsule 100 mg</i>	3	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	4	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	4	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	4	
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	5^	
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	5^	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	5^	
SULFADIAZINE ORAL TABLET 500 MG	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	GC+, GC*
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	5^	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	5^	PA
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	3	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	2	GC+
VANCOMYCIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%, 500-0.9 MG/100ML-%, 750-0.9 MG/150ML-%	4	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	4	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	4	QL (80 EA per 180 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	4	QL (160 EA per 180 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	GC+
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	GC+
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	5^	
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	5^	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	5^	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	4	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	4	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	5^	PA
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	5^	PA
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	4	
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5^	PA
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	3	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	3	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	3	QL (1080 ML per 365 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	5^	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	5^	PA
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	3	QL (120 EA per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	3	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	4	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	4	
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG	5^	PA
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	3	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	3	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5^	PA
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5^	PA
CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 500 MG	4	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	GC+
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	3	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	3	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	GC+
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	3	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	4	
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	3	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
CEFTAZIDIME AND DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1-5 GM-%(50ML), 2-5 GM-%(50ML)	4	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	4	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	3	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	3	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	4	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm</i>	4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	5^	
<i>ERITROMICINASIMACRÓLIDOS</i>		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	3	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	3	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	3	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	3	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	4	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	5^	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5^	
<i>e.e.s. 400 oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>ery-tab oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	4	
<i>erythrocin stearate oral tablet 250 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	4	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	4	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	4	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	4	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	3	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	4	
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	4	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	4	
PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	GC+, GC*
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	GC+
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	GC+
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	GC+
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	
NAFCILLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM	5^	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	5^	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	5^	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 40000 UNIT/ML, 60000 UNIT/ML	4	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	4	
PENICILLIN G PROCAINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION 600000 UNIT/ML	4	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	4	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>pfizerpen injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	4	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	GC+
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	2	GC+
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	PA
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	5^	
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg</i>	5^	
CARDIOVASCULARES		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ALDOSTERONA		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC+, GC*
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	GC, GC+, GC*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	2	GC+
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	4	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	3	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	4	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	4	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	4	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	2	GC+
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	GC+
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	GC+
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	GC+
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
ANTARA ORAL CAPSULE 30 MG, 90 MG	4	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 200 mg, 67 mg</i>	3	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg</i>	3	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	3	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	GC+, GC*
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG	5^	ST; QL (60 EA per 30 days)
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 60 MG	5^	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	3	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gml/dose</i>	3	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	3	
<i>cholestyramine oral powder 4 gml/dose</i>	3	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	4	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	4	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	4	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	4	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	3	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	5^	PA; LA
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	4	PA
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	3	
<i>prevalite oral powder 4 gml/dose</i>	3	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	4	
BLOQUEADORES ALFA		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC+
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	3	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>terazosin hcl oral capsule 10 mg</i>	2	GC+
BLOQUEADORES BETA		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	GC+
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC+
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC+
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	3	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	GC+
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC+
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
BLOQUEADORES DEL CANAL DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	GC+
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	GC+
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	GC+
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	3	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	GC+
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	3	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC+
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	3	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	4	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	3	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	3	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	4	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	4	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	GC+
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	GC+
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 360 mg</i>	4	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	3	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	GC+
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	4	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC+, GC*
COMBINACIONES DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
COMBINACIONES DE BLOQUEADORES BETAIDIURÉTICOS		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	2	GC+
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	GC+
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	3	
COMBINACIONES DE INHIBIDORES ACE		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	4	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	2	GC+
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	GC+
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	3	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	3	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	GC+
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	2	GC+
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	2	GC+
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	3	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC+
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	GC+, GC*
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg</i>	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 62.5 mg</i>	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	3	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	5^	PA-NS; LA
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	5^	PA-NS
INHIBIDORES ACE		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i>	5^	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC+
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	4	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	3	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	3	
VARIOS		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	4	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	2	GC+
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	4	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	4	
<i>digitek oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	GC+; QL (30 EA per 30 days)
<i>digox oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	GC+; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	4	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	4	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	GC+; QL (30 EA per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	5^	PA; QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	4	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC+
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	PA; GC+; PA if 70 years and older
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	5^	PA
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg</i>	4	
<i>midodrine hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	GC+
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	5^	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	4	
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS		
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(FE)	5^	PA; QL (360 EA per 30 days)
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days)
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	5^	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	5^	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	4	QL (540 EA per 30 days)
AGENTES ELEVADORES DE LA GLUCOSA		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	5^	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	3	
AGENTES QUELANTES		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	4	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5^	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5^	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	5^	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	3	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	
<i>sps oral suspension 15 gml/60ml</i>	3	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	5^	PA
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	4	PA
AGENTES TIROIDEOS		
<i>euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC+, GC*
<i>levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC+, GC*
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC+, GC*
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC+, GC*
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	3	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	3	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	4	
<i>unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC+, GC*
ANÁLOGOS DE VITAMINA D		
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	4	B/D
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	2	B/D; GC+
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	4	B/D
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	4	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	4	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ANDRÓGENOS		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	3	
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/lact (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	4	PA; QL (300 GM per 30 days)
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>alyacen 7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>aranelle oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	3	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (2/1/5)</i>	3	
<i>balziva oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	3	
<i>bekyree oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (2/1/5)</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	3	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>caziant oral tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg</i>	3	
<i>chateal oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>cyclafem 7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>dasetta 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	3	
<i>elimest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	GC+
ELLA ORAL TABLET 30 MG	3	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	2	GC+
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>gianvi oral tablet 3-0.02 mg</i>	3	
<i>hailey 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>jasmiel oral tablet 3-0.02 mg</i>	3	
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	3	
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>leena oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	3	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	2	GC+
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	2	GC+
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>lillow oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>loestrin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>loestrin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>loestrin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>loestrin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>loryna oral tablet 3-0.02 mg</i>	3	
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>lutra oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>	3	
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC+
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>ocella oral tablet 3-0.03 mg</i>	3	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	3	
<i>pimtrea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	3	
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC+
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC+
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC+
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC+
<i>tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC+
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC+
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	2	GC+
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	GC+
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	2	GC+
<i>velivet oral tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg</i>	3	
<i>vestura oral tablet 3-0.02 mg</i>	3	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	3	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	GC+
<i>wera oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	3	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	4	
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	3	
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>zumandimine oral tablet 3-0.03 mg</i>	3	
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	2	GC+
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	2	GC+
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
INSULIN PEN NEEDLE	2	GC+
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
ALCOHOL SWABS	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	5^	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	5^	
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
OMNIPOD 5 PACK	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
OMNIPOD STARTER KIT	4	PA; QL (1 EA per 365 days)
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	2	GC+
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML	2	GC+
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	3	QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
V-GO 20 KIT	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
V-GO 30 KIT	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
V-GO 40 KIT	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	3	QL (15 ML per 30 days)
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	GC, GC+, GC*
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	3	QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG	3	QL (4 EA per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	4	QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	4	QL (1.2 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (90 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (90 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (240 EA per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (90 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (240 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; (generic of GLUCOPHAGE XR); QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; (generic of GLUCOPHAGE XR); QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (75 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (150 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	3	QL (1.5 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	3	QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	GC, GC+, GC*; QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	3	QL (120 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	3	QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	3	QL (9 ML per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	4	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	5^	
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	3	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	4	
<i>dotti transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC+
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	3	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	4	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	3	
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	3	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	3	
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG, 4 MCG	3	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	3	
<i>lopreeza oral tablet 1-0.5 mg</i>	3	
<i>lyllana transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	3	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	3	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	3	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	4	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>	4	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	4	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	3	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	3	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	3	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	2	GC+
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	3	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	2	GC+
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	3	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml</i>	2	GC+
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	3	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	4	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	GC+
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	3	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	4	
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	4	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	3	
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	4	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/lact</i>	3	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	5^	PA
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT	4	ST
<i>ibandronate sodium intravenous solution 3 mg/3ml</i>	4	B/D; QL (3 ML per 90 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	2	B/D; GC+
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	5^	PA
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	3	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	3	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>pamidronate disodium intravenous solution reconstituted 30 mg, 90 mg</i>	3	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	4	QL (1 ML per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	4	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	4	
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	5^	PA
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5^	PA
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	4	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	4	B/D
VARIOS		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	5^	PA; LA
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	3	
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	5^	PA; LA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5^	PA
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	5^	PA; LA
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	4	B/D; QL (120 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	5^	B/D; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	5^	B/D; QL (120 EA per 30 days)
CYSTADANE ORAL POWDER	5^	LA
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	4	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	4	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	5^	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	3	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	5^	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	4	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	5^	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	5^	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 12 MG, 5 MG	5^	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	5^	PA; LA
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5^	PA; LA
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	4	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	4	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	5^	PA; LA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	5^	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	5^	PA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5^	PA; LA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	5^	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5^	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	5^	PA
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	3	PA
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	3	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	5^	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	5^	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5^	PA; LA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	5^	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	5^	PA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	5^	PA-NS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	5^	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5^	PA; LA
STIMATE NASAL SOLUTION 1.5 MG/ML	5^	
GASTROINTESTINAL		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2		
<i>famotidine intravenous solution 20 mg/2ml, 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	3	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	4	QL (300 ML per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	1	GC+, GC*; QL (120 EA per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	1	GC+, GC*; QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	3	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	3	
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	4	B/D
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	B/D; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML	4	B/D
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	3	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	4	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	GC+
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	3	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	3	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	3	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	4	
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	3	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC+
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH 3.1 MG/24HR	5^	QL (4 EA per 28 days)
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	4	PA; PA if 70 years and older; QL (10 EA per 30 days)
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	3	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	4	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	3	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	3	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	5^	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	4	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	4	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm, 800 mg</i>	4	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	4	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	4	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	4	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	2	GC+
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	4	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	4	ST
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	3	
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg</i>	4	
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	4	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	GC+, GC*
PRILOSEC ORAL PACKET 10 MG, 2.5 MG	4	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	3	
LAXANTES		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
<i>gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm</i>	2	GC+
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	2	GC+
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	2	GC+
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM, 236 GM	3	
KRISTALOSE ORAL PACKET 10 GM, 20 GM	4	
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	2	GC+
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	2	GC+
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	4	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	4	
VARIOS		
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>alose tron hcl oral tablet 1 mg</i>	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG	4	QL (60 EA per 30 days)
AMITIZA ORAL CAPSULE 8 MCG	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral</i>	4	
CARAFATE ORAL SUSPENSION 1 GM/10ML	4	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	4	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	3	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5^	PA; LA
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	3	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	3	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	5^	PA
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	4	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	3	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5^	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GENITOURINARIOS		
<i>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS</i>		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	4	QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	3	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	3	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 3.9 MG/24HR	4	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ANTINFECCIOSOS VAGINALES</i>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	3	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	3	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	3	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	3	
<i>vandazole vaginal gel 0.75 %</i>	3	
<i>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</i>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	2	GC+; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	2	GC+
VARIOS		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	2	GC+
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	3	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	4	
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	3	QL (74 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 EA per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	4	
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	5^	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	4	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNT/0.72ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML, 95000 UNIT/3.8ML	5^	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 2500 UNIT/0.2ML	4	
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%	3	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	3	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	3	B/D
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	GC+, GC*
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
PRADAXA ORAL CAPSULE 150 MG, 75 MG	4	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	GC+, GC*
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	3	QL (51 EA per 30 days)
FACTORES DEL CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	3	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	5^	PA
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	5^	PA
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	4	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	4	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
VARIOS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	4	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	5^	PA; LA; QL (24 EA per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	GC+
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	5^	PA; LA; QL (20 EA per 30 days)
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	5^	PA; LA
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	5^	PA; LA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	5^	PA; LA; QL (20 EA per 30 days)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	5^	PA; QL (27 ML per 30 days)
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	2	GC+
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	5^	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	5^	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	5^	PA; QL (27 ML per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	4	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	3	
NUTRICIONALES/SUPLEMENTOS		
<i>ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES</i>		
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	4	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	3	
DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 5-0.3 %	3	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	3	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %</i>	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	4	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	4	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	3	
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	4	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	3	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gml/100ml-%</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W SOLUTION 1-5 GM/100ML-% INTRAVENOUS 1-5 GM/100ML-%	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	3	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 2 GM/50ML INTRAVENOUS 2 GM/50ML	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 20 GM/500ML INTRAVENOUS 20 GM/500ML	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 4 GM/100ML INTRAVENOUS 4 GM/100ML	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 4 GM/50ML INTRAVENOUS 4 GM/50ML	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 40 GM/1000ML INTRAVENOUS 40 GM/1000ML	3	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	4	
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>	3	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	3	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL SOLUTION 20- 0.45 MEQ/L-% INTRAVENOUS 20-0.45 MEQ/L-%	3	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML, 40 MEQ/100ML	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	3	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	3	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	3	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	4	B/D
<i>ELECTROLITOS MINERALES Y VITAMINAS, POR VÍA ORAL</i>		
<i>klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq</i>	2	GC+
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	2	GC+
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	2	GC+
<i>klor-con oral packet 20 meq</i>	4	
<i>klor-con oral tablet extended release 8 meq</i>	2	GC+
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27-1 MG	3	
PNV FOLIC ACID + IRON ORAL TABLET 27-1 MG	3	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	2	GC+
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	3	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	2	GC+
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	4	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	4	
PRENATAL VITAMIN WITH FOLIC ACID GREATER THAN 0.8 MG ORAL TABLET	3	
PRENATAL PLUS ORAL TABLET 27-1 MG	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27-1 MG	3	
<i>sodium fluoride chew, tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC+
TRICARE ORAL TABLET	3	
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	B/D
<i>clinisol sf intravenous solution 15 %</i>	4	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	B/D
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	3	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	3	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	B/D
<i>hepatamine intravenous solution 8 %</i>	4	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	B/D
<i>plenamine intravenous solution 15 %</i>	4	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	B/D
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	4	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	4	B/D
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	B/D
OFTÁLMICO		
<i>ANTIALÉRGICOS</i>		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	3	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	3	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	GC+, GC*
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	4	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	3	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %	3	
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	4	
<i>ANTIGLAUCOMA</i>		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	3	
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	3	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	3	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	3	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	4	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	1	GC+, GC*
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	3	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	2	GC+
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	GC+
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	2	GC+
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	GC+
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	3	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	4	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	4	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	GC+, GC*
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.5 % (daily)</i>	4	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	4	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	4	
ANTINFECCIOSOS/ANTINFLAMATORIOS		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	3	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	4	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	2	GC+
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	2	GC+
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	4	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	2	GC+
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	3	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	4	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ANTINFECCIOSOS		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	2	GC+
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	3	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	GC+
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	2	GC+
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	GC+
<i>gentak ophthalmic ointment 0.3 %</i>	3	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	GC+
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	3	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	3	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	GC+
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	2	GC+
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	3	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	GC+
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	4	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	4	
ANTINFLAMATORIOS		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	3	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	4	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	GC+
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	3	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	GC+
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	3	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	3	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	5^	PA; LA
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	5^	PA; LA
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	3	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	2	GC+
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>	2	GC+
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	3	
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	5^	PA; LA; QL (60 ML per 30 days)
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	4	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	4	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	GC+
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	4	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5^	PA; QL (150 EA per 30 days)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	4	
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	4	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	GC+
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	4	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
AGENTES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5^	PA-NS; QL (14 EA per 28 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	3	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5^	PA-NS; QL (30 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5^	PA-NS; QL (12 ML per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5^	PA-NS; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5^	PA-NS; QL (12 ML per 28 days)
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG	5^	PA-NS; LA
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG	5^	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
VUMERITY (STARTER) ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	5^	PA-NS
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	3	
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	PA; GC+; PA if 70 years and older
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	GC+
ANTIANSIEDAD		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC+; QL (150 EA per 30 days)
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>bupirone hcl oral tablet 30 mg, 7.5 mg</i>	3	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	2	GC+
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	3	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	3	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC+; QL (150 EA per 30 days)
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5^	PA-NS
BRIVIAC INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	4	PA-NS
BRIVIAC ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5^	PA-NS; QL (600 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	4	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	4	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	3	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	4	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	4	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	GC+; QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	GC+; QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	3	QL (300 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	4	PA-NS; PA if 65 years and older; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG	5^	PA-NS; LA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG	5^	PA-NS; LA
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	4	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	3	PA-NS; PA if 65 years and older; QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	3	PA-NS; PA if 65 years and older; QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	PA-NS; GC+; PA if 65 years and older; QL (120 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	4	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	4	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	4	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	4	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	3	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (600 ML per 30 days)
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	3	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	5^	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5^	PA-NS; QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg</i>	2	GC+; QL (1080 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	2	GC+; QL (360 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	2	GC+; QL (270 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	3	QL (2160 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	GC+; QL (180 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	GC+; QL (120 EA per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	4	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	3	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	3	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	4	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	3	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	4	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	3	
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	4	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	4	PA-NS; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	3	PA-NS; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	4	PA-NS; PA if 70 years and older
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	4	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	3	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	3	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	3	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	GC+
<i>roovepra oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	5^	PA-NS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	5^	PA-NS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	GC+, GC*
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	4	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	3	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC+
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	3	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	3	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	4	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	4	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	4	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	4	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	5^	
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5^	QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG, 50 & 200 MG	5^	QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	5^	QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	5^	QL (90 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	4	QL (28 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	5^	QL (28 EA per 28 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC+
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	2	GC+
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	2	GC+; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	2	GC+; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	4	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	4	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	PA; PA if < 30 yrs
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	4	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	4	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	2	GC+
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	3	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	3	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	3	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	PA-NS
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxepin hcl oral capsule 150 mg</i>	4	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	3	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	GC+; QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	GC+, GC*
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	4	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	4	PA-NS
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>fluoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	2	GC+
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	3	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC+
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	GC+
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	3	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	3	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC+
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	GC+
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	3	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	3	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	4	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg</i>	4	QL (240 EA per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 50 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 5 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	2	GC+
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	4	
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	5^	QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5^	QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	5^	QL (900 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	5^	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	5^	
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	5^	QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	5^	QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	5^	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	5^	QL (3.2 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
CHLORPROMAZINE HCL INJECTION SOLUTION 25 MG/ML, 50 MG/2ML	4	
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 100 MG/ML, 30 MG/ML	4	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	4	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	4	QL (135 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	4	PA-NS; QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	4	PA-NS
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	5^	PA-NS; QL (135 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	PA-NS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	5^	QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	5^	QL (1 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	5^	QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	4	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	5^	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML	5^	QL (0.875 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML	5^	QL (1.315 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	5^	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML	5^	QL (2.625 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	3	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	4	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	4	QL (3 EA per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC+; QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	2	GC+; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	5^	QL (1 EA per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	4	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	4	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	4	QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	5^	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	3	QL (240 ML per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	GC+
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	3	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; QL (600 ML per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	4	PA-NS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	4	QL (6 EA per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	4	PA-NS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	5^	PA-NS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	5^	PA-NS; QL (1 EA per 28 days)
HIPNÓTICOS		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	5^	PA; LA
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	4	PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year; QL (60 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 30 mg</i>	4	PA; PA if 65 years and older; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	4	PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	PA; GC+; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year; QL (30 EA per 30 days)
MIGRAÑA		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	5^	
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	5^	PA; QL (8 ML per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	3	
<i>frovatriptan succinate oral tablet 2.5 mg</i>	4	QL (18 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	3	QL (12 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	3	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/ml</i>	4	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/ml</i>	4	QL (24 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC+; QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	4	QL (9 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	4	QL (6 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	4	QL (6 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	4	QL (9 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	4	QL (6 ML per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5^	PA; QL (16 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	QL (12 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	4	QL (12 EA per 30 days)
<i>NARCOLEPSIA/CATAPLEXIA</i>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5^	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
<i>PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS</i>		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	4	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	GC+; QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	3	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	4	
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	4	
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	4	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	2	GC+
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	2	GC+
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	3	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	3	
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	4	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
VARENICLINE TARTRATE ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	4	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	5 [^]	
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older; QL (30 EA per 30 days)
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i>	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	4	PA; QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	4	PA; QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (180 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
VARIOS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET 300 MG	4	PA; QL (180 EA per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET 600 MG	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	2	GC+
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	GC+
LITHIUM ORAL SOLUTION 8 MEQ/5ML	4	
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	4	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	4	PA
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
TÓPICOS		
AGENTES BUCALES/ PARA LA GARGANTA/ DENTALES		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	GC+, GC*
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	4	QL (150 EA per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	2	GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	3	
<i>paroex mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	GC+, GC*
<i>perio gard mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	GC+, GC*
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	3	
DERMATOLÓGICOS, AGENTES PARA EL CUIDADO DE HERIDAS		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	5^	PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	4	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	3	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	2	GC+
DERMATOLÓGICOS, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo external prefilled syringe 2 %</i>	3	PA; QL (60 ML per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	4	PA; QL (50 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	3	PA; QL (3 EA per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	3	PA; QL (50 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	3	PA; QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	3	PA; QL (30 GM per 30 days)
DERMATOLÓGICOS, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	4	QL (30 GM per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	3	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	2	GC+; QL (30 GM per 30 days)
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	2	GC+; QL (220 GM per 30 days)
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	2	GC+
<i>ssd external cream 1 %</i>	2	GC+
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	4	
DERMATOLÓGICOS, ANTIFÚNGICOS		
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	3	QL (90 GM per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	3	QL (45 GM per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	2	GC+; QL (30 ML per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	3	QL (45 GM per 30 days)
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	3	QL (60 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	3	QL (30 GM per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	3	QL (30 GM per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
DERMATOLÓGICOS, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	4	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	4	PA; QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	4	PA; QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	4	PA; QL (120 ML per 30 days)
<i>calcitrene external ointment 0.005 %</i>	4	PA; QL (120 GM per 30 days)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	3	PA; QL (60 GM per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	4	PA; QL (60 GM per 30 days)
DERMATOLÓGICOS, ANTISEBORREICOS		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	2	GC+; QL (120 ML per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	2	GC+
DERMATOLÓGICOS, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	1	GC+, GC*
<i>ala-cort external cream 2.5 %</i>	2	GC+
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	3	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	3	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	3	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	3	
<i>calcipotriene-betameth diprop external suspension 0.005-0.064 %</i>	5^	PA; QL (400 GM per 28 days)
<i>clobetasol prop emollient base external cream 0.05 %</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	3	QL (60 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	4	QL (118 ML per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	3	QL (50 ML per 30 days)
<i>clodan external shampoo 0.05 %</i>	4	QL (118 ML per 30 days)
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	2	GC+; QL (60 GM per 30 days)
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	2	GC+; QL (60 GM per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	4	PA; QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	4	QL (90 ML per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	4	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	3	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	3	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	4	QL (50 GM per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	4	QL (50 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	GC+, GC*
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>	2	GC+
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	2	GC+
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	2	GC+
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	3	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	3	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide external aerosol solution 0.147 mg/gm</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	2	GC+
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	2	GC+; QL (454 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	GC+
<i>triderm external cream 0.5 %</i>	2	GC+
DERMATOLÓGICOS, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	4	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	3	
DERMATOLÓGICOS, PARA EL ACNÉ		
<i>acutane oral capsule 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA
<i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	4	PA
<i>avita external cream 0.025 %</i>	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
<i>avita external gel 0.025 %</i>	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	4	
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	3	QL (75 GM per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>ery external pad 2 %</i>	3	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA
<i>myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	4	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA
DERMATOLÓGICOS, VARIOS PARA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS		
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	2	GC+
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	3	
<i>azelaic acid external gel 15 %</i>	4	QL (50 GM per 30 days)
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	3	QL (1000 GM per 30 days)
FINACEA EXTERNAL FOAM 15 %	4	QL (50 GM per 30 days)
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	4	QL (40 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	3	QL (10 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	3	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	3	QL (24 EA per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	4	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	3	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	4	
NORITATE EXTERNAL CREAM 1 %	5^	QL (60 GM per 30 days)
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %	4	QL (3 EA per 30 days)
PICATO EXTERNAL GEL 0.05 %	4	QL (2 EA per 30 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	3	
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	3	
<i>procto-pak external cream 1 %</i>	3	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	3	
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	3	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	4	QL (30 GM per 30 days)
<i>rosadan external cream 0.75 %</i>	4	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	4	QL (100 GM per 30 days)
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	5^	PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 %	5^	QL (15 GM per 30 days)
ÓTICOS		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	3	
CIPRO HC OTIC SUSPENSION 0.2-1 %	4	
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %	3	
<i>flac otic oil 0.01 %</i>	2	GC+
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	2	GC+
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VÍAS RESPIRATORIAS		
AGONISTAS BETA		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/lact</i>	3	(generic of Proair HFA); QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/lact</i>	3	(generic of Ventolin HFA); QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	2	B/D; GC+
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	3	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	2	GC+
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	4	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution 15 mcg/2ml</i>	5^	B/D
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 15 MCG/2ML	5^	B/D
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	5^	B/D
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	4	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/lact</i>	3	QL (30 GM per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML	5^	B/D
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	3	QL (48 GM per 30 days)
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT	3	QL (36 GM per 30 days)
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	4	QL (25.8 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	B/D; GC+

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	3	
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	3	
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	2	GC+
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	3	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	4	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	3	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA; GC+; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA; GC+; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	2	GC+
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	4	
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/ AGONISTAS BETA		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	3	QL (60 EA per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	3	QL (10.7 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	3	Institutional Pack (5.9g inhaler containing 28 inhalations); QL (23.6 GM per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	3	Retail Inhalation Canister (10.7g inhaler containing 120 inhalations); QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	4	QL (8 GM per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	3	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH, 200-62.5-25 MCG/INH	3	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
COMBINACIONES DE ESTEROIDES/AGONISTAS BETA		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	3	QL (12 GM per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	3	QL (60 EA per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	3	QL (10.2 GM per 30 days)
ESTEROIDES INHALANTES		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	4	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST	3	QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BLIST	3	QL (180 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	3	QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	3	QL (21.2 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	4	QL (2 EA per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	4	QL (3 EA per 30 days)
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcglact (0.025%)</i>	3	QL (75 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcglact</i>	2	GC+; QL (16 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcglact</i>	4	QL (34 GM per 30 days)
OMNARIS NASAL SUSPENSION 50 MCG/ACT	4	QL (12.5 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	4	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	GC+, GC*
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	2	GC+
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	3	
VARIOS		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	3	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	5^	PA; LA
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	3	B/D
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	4	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	3	(generic of Adrenaclick)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml</i>	3	(generic of Adrenaclick)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	3	(generic of EpiPen)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	5^	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	5^	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5^	PA; LA
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	5^	PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	PA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	5^	PA; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5^	PA; QL (112 EA per 28 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	5^	PA; LA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	5^	PA; LA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML, 2.5 MG/2.5ML	5^	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML, 0.3 MG/0.3ML	4	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	4	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	3	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	4	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	5^	PA; LA; QL (84 EA per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	5^	PA; LA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	5^	PA; LA
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	5^	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla al comienzo de la misma.

Índice de Medicamentos

<i>abacavir sulfate</i>	19	<i>alprazolam</i>	71	APTIVUS.....	19
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	21	ALREX.....	68	ARALAST NP.....	94
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	21	<i>altavera</i>	42	<i>aranelle</i>	42
ABELCET.....	22	ALTOPREV.....	33	ARCALYST.....	13
ABILIFY MAINTENA.....	78	ALUNBRIG.....	2	<i>arformoterol tartrate</i>	91
<i>abiraterone acetate</i>	1	<i>alyacen 1/35</i>	42	<i>aripiprazole</i>	78
ABRAXANE.....	9	<i>alyacen 7/7/7</i>	42	ARISTADA.....	78
<i>acamprosate calcium</i>	83	<i>alyq</i>	38	ARISTADA INITIO.....	78
<i>acarbose</i>	48	<i>amabelz</i>	51	<i>armodafinil</i>	83
<i>accutane</i>	89	<i>amantadine hcl</i>	69	ARNUITY ELLIPTA.....	93
<i>acebutolol hcl</i>	34	AMBISOME.....	22	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	62
<i>acetaminophen-codeine</i>	16	<i>ambrisentan</i>	38	ASSURE ID INSULIN	
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	16	<i>amikacin sulfate</i>	23	SAFETY SYR.....	47
<i>acetazolamide</i>	37	<i>amiloride hcl</i>	37	<i>atazanavir sulfate</i>	19
<i>acetazolamide er</i>	37	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	37	<i>atenolol</i>	34
<i>acetic acid</i>	61, 90	AMINOSYN-PF.....	65	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	37
<i>acetylcysteine</i>	94	<i>amiodarone hcl</i>	32	<i>atomoxetine hcl</i>	84
<i>acitretin</i>	87	AMITIZA.....	59	<i>atorvastatin calcium</i>	33
ACTHIB.....	14	<i>amitriptyline hcl</i>	76	<i>atovaquone</i>	23
ACTIMMUNE.....	13	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ..	37	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	23
<i>acyclovir</i>	26	<i>amlodipine besylate</i>	35	ATROPINE SULFATE.....	69
<i>acyclovir sodium</i>	26	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> ...36		ATROVENT HFA.....	91
ADACEL.....	14	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	39	<i>aubra eq</i>	42
ADCIRCA.....	38	<i>amlodipine-olmesartan</i>	36	<i>aurovela 1/20</i>	42
<i>adefovir dipivoxil</i>	26	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	36	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	42
ADEMPAS.....	38	<i>ammonium lactate</i>	89	<i>aurovela fe 1/20</i>	42
ADRENALIN.....	39	<i>amnestem</i>	89	AURYXIA.....	40
<i>adriamycin</i>	8	<i>amoxapine</i>	76	AUSTEDO.....	85
ADVAIR DISKUS.....	93	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> ...59		AVASTIN.....	2
ADVAIR HFA.....	93	<i>amoxicillin</i>	29	<i>aviane</i>	42
AFINITOR.....	2	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> . 29, 30		<i>avita</i>	89
AFINITOR DISPERZ.....	2	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> ...29		<i>ayuna</i>	42
<i>afirmelle</i>	42	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> . 84		AYVAKIT.....	2
AIMOVIG.....	82	<i>amphetamine-</i>		<i>azacitidine</i>	8
<i>ala-cort</i>	87	<i>dextroamphetamine</i>	84	<i>azathioprine</i>	13
<i>albendazole</i>	23	<i>amphotericin b</i>	22	<i>azelaic acid</i>	89
<i>albuterol sulfate</i>	91	<i>ampicillin</i>	30	<i>azelastine hcl</i>	66, 92
<i>albuterol sulfate hfa</i>	91	<i>ampicillin sodium</i>	30	<i>azithromycin</i>	28
<i>alclometasone dipropionate</i>	87	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>30		AZOPT.....	66
ALDURAZYME.....	54	<i>anagrelide hcl</i>	62	<i>aztreonam</i>	23
ALECENSA.....	2	<i>anastrozole</i>	1	<i>azurette</i>	42
<i>alendronate sodium</i>	53	ANDRODERM.....	42	<i>bacitracin</i>	68
<i>alfuzosin hcl er</i>	60	ANORO ELLIPTA.....	92	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	68
ALIMTA.....	8	ANTARA.....	32	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-</i>	
<i>aliskiren fumarate</i>	39	APOKYN.....	69	<i>hc</i>	67
<i>allopurinol</i>	18	<i>aprepitant</i>	56	<i>baclofen</i>	71
<i>alose tron hcl</i>	59	<i>apri</i>	42	<i>balsalazide disodium</i>	57
ALPHAGAN P.....	66	APTIOM.....	71	BALVERSA.....	2

Actualizada 12/01/2021

<i>balziva</i>	42	BROVANA.....	91	CEFACLOR ER.....	27
BANZEL.....	71	BRUKINSA.....	2	<i>cefadroxil</i>	27
BARACLUDE.....	26	<i>budesonide</i>	57, 93	<i>cefazolin sodium</i>	27
BASAGLAR KWIKPEN.....	47	<i>budesonide er</i>	57	CEFAZOLIN SODIUM- DEXTROSE.....	27
BCG VACCINE.....	14	<i>bumetanide</i>	37	<i>cefdinir</i>	27
<i>bekyree</i>	42	<i>buprenorphine hcl</i>	83	<i>cefepime hcl</i>	27
BELSOMRA.....	82	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	83	<i>cefixime</i>	27
<i>benazepril hcl</i>	38	<i>bupropion hcl</i>	76	<i>cefoxitin sodium</i>	27
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	37	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	83	<i>cefpodoxime proxetil</i>	27
BENDEKA.....	1	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	76	<i>cefprozil</i>	27
BENLYSTA.....	13	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	76	<i>ceftazidime</i>	27, 28
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	89	<i>buspirone hcl</i>	71	CEFTAZIDIME AND DEXTROSE.....	27
<i>benztropine mesylate</i>	69	<i>butorphanol tartrate</i>	16	<i>ceftriaxone sodium</i>	28
BEPREVE.....	66	BYDUREON.....	48	<i>cefuroxime axetil</i>	28
BERINERT.....	62	BYDUREON BCISE.....	48	<i>cefuroxime sodium</i>	28
BESIVANCE.....	68	BYETTA 10 MCG PEN.....	48	<i>celecoxib</i>	18
<i>betamethasone dipropionate</i>	87	BYETTA 5 MCG PEN.....	48	CELONTIN.....	72
<i>betamethasone dipropionate</i> <i>aug</i>	87	BYSTOLIC.....	34	<i>cephalexin</i>	28
<i>betamethasone valerate</i>	87	<i>cabergoline</i>	54	CERDELGA.....	54
BETASERON.....	70	CABOMETYX.....	3	CEREZYME.....	54
<i>betaxolol hcl</i>	66	<i>calcipotriene</i>	87	<i>cetirizine hcl</i>	92
<i>bethanechol chloride</i>	61	<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	87	<i>cevimeline hcl</i>	85
BETOPTIC-S.....	66	<i>calcitonin (salmon)</i>	53	CHANTIX.....	83
BEVESPI AEROSPHERE.....	92	<i>calcitrene</i>	87	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	83
<i>bexarotene</i>	10	<i>calcitriol</i>	41	CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	83
BEXSERO.....	14	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	40	<i>chateal</i>	42
<i>bicalutamide</i>	1	CALQUENCE.....	3	CHEMET.....	40
BICILLIN L-A.....	30	<i>camila</i>	42	<i>chlorhexidine gluconate</i>	85
BIKTARVY.....	21	<i>candesartan cilexetil</i>	31	<i>chloroquine phosphate</i>	23
<i>bisoprolol fumarate</i>	34	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	36	CHLORPROMAZINE HCL.....	79
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	37	CAPLYTA.....	79	<i>chlorpromazine hcl</i>	79
BIVIGAM.....	12	CAPRELSA.....	3	<i>chlorthalidone</i>	37
BLEPHAMIDE S.O.P.....	67	<i>captopril</i>	38	<i>cholestyramine</i>	33
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	42	CARAFATE.....	59	<i>cholestyramine light</i>	33
BOOSTRIX.....	14, 15	CARBAGLU.....	54	<i>ciclopirox olamine</i>	86
BORTEZOMIB.....	2	<i>carbamazepine</i>	72	<i>cilostazol</i>	62
<i>bosentan</i>	38	<i>carbamazepine er</i>	72	CILOXAN.....	68
BOSULIF.....	2	<i>carbidopa</i>	69	CIMDUO.....	21
BRAFTOVI.....	2	<i>carbidopa-levodopa</i>	70	<i>cinacalcet hcl</i>	54
BREO ELLIPTA.....	93	<i>carbidopa-levodopa er</i>	70	CINRYZE.....	62
BREZTRI AEROSPHERE.....	92	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	70	CIPRO.....	29
<i>briellyn</i>	42	<i>carboplatin</i>	1	CIPRO HC.....	90
BRILINTA.....	62	<i>carteolol hcl</i>	66	CIPRODEX.....	90
<i>brimonidine tartrate</i>	66	<i>cartia xt</i>	35	<i>ciprofloxacin hcl</i>	29, 68
BRIVIACT.....	71, 72	<i>carvedilol</i>	34	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	29
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	68	<i>caspofungin acetate</i>	22		
<i>bromocriptine mesylate</i>	69	CAYSTON.....	23		
BROMSITE.....	68	<i>caziant</i>	42		
		<i>cefaclor</i>	27		

<i>cisplatin</i>	1	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	3	<i>deferasirox granules</i>	40
<i>citalopram hydrobromide</i>	76	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	3	DELESTROGEN.....	51
<i>claravis</i>	89	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	3	DELSTRIGO.....	22
<i>clarithromycin</i>	28	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	47	DESCOVY.....	22
<i>clarithromycin er</i>	28	COMPLERA.....	21	<i>desipramine hcl</i>	76
<i>clindamycin hcl</i>	24	<i>compro</i>	56	<i>desloratadine</i>	92
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	24	<i>constulose</i>	58	<i>desmopressin ace spray refrig</i> ...	54
<i>clindamycin phosphate</i> ..	24, 60, 89	COPIKTRA.....	3	<i>desmopressin acetate</i>	54
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> ...	24	CORLANOR.....	39	<i>desmopressin acetate pf</i>	54
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	24	<i>cortisone acetate</i>	52	<i>desmopressin acetate spray</i>	54
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	65	COTELIC.....	3	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	43
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	65	CREON.....	57	<i>desonide</i>	88
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	65	CRIVAN.....	19	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	76
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	65	<i>cromolyn sodium</i>	59, 66, 94	<i>dexamethasone</i>	52
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5).....	65	<i>cryselle-28</i>	42	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	52
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10).....	65	CVS GAUZE STERILE.....	47	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	52
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14).....	66	<i>cyclafem 1/35</i>	42	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	52, 68
<i>clinisol sf</i>	66	<i>cyclafem 7/7/7</i>	42	DEXILANT.....	58
CLINOLIPID.....	66	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	71	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	84
<i>clobazam</i>	72	<i>cyclophosphamide</i>	1	<i>dextrose</i>	66
<i>clobetasol prop emollient base</i> ...	87	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	1	DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48.....	63
<i>clobetasol propionate</i>	88	<i>cycloserine</i>	21	<i>dextrose in lactated ringers</i>	63
<i>clobetasol propionate e</i>	87	<i>cyclosporine</i>	14	DEXTROSE-NAACL.....	63
<i>clodan</i>	88	<i>cyclosporine modified</i>	14	<i>dextrose-nacl</i>	63
<i>clomipramine hcl</i>	76	<i>cyproheptadine hcl</i>	92	<i>dextrose-sodium chloride</i>	63
<i>clonazepam</i>	72	<i>cyred eq</i>	43	DIACOMIT.....	72
<i>clonidine</i>	39	CYSTADANE.....	54	<i>diazepam</i>	72
<i>clonidine hcl</i>	39	CYSTADROPS.....	69	<i>diazoxide</i>	40
<i>clopidogrel bisulfate</i>	62	CYSTAGON.....	54	<i>diclofenac potassium</i>	18
<i>clorazepate dipotassium</i>	72	CYSTARAN.....	69	<i>diclofenac sodium</i>	18, 68, 89
<i>clotrimazole</i>	85, 86	<i>cytarabine</i>	9	<i>diclofenac sodium er</i>	18
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	86	<i>dalfampridine er</i>	70	<i>diclofenac-misoprostol</i>	18
<i>clozapine</i>	79	DALIRESP.....	94	<i>dicloxacillin sodium</i>	30
COARTEM.....	23	<i>danazol</i>	51	<i>dicyclomine hcl</i>	57
<i>colchicine</i>	18	<i>dantrolene sodium</i>	71	DIFICID.....	28
<i>colchicine-probenecid</i>	18	<i>dapsone</i>	24	<i>diflunisal</i>	18
<i>colesevelam hcl</i>	33	DAPTACEL.....	15	<i>digitek</i>	39
<i>colestipol hcl</i>	33	DAPTOMYCIN.....	24	<i>digox</i>	39
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	24	<i>daptomycin</i>	24	<i>digoxin</i>	39
COMBIGAN.....	67	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	60	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	82
COMBIVENT RESPIMAT...92		<i>dasetta 1/35</i>	43	DILANTIN.....	72
		<i>dasetta 7/7/7</i>	43	DILANTIN INFATABS.....	72
		DAURISMO.....	3	<i>diltiazem hcl</i>	35
		<i>deblitane</i>	43	<i>diltiazem hcl er</i>	35
		<i>deferasirox</i>	40	<i>diltiazem hcl er beads</i>	35

<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	35	ELLA.....	43	<i>esomeprazole magnesium</i>	58
<i>dilt-xr</i>	35	<i>eluryng</i>	43	<i>estarylla</i>	43
<i>diphenhydramine hcl</i>	92	EMCYT.....	1	<i>estradiol</i>	51
<i>diphenoxylate-atropine</i>	59	EMEND.....	56	<i>estradiol valerate</i>	51
DIPHThERIA-TETANUS		<i>emoquette</i>	43	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	52
TOXOIDS DT.....	15	EMSAM.....	77	<i>ethambutol hcl</i>	21
<i>dipyridamole</i>	62	<i>emtricitabine</i>	19	<i>ethosuximide</i>	73
<i>disopyramide phosphate</i>	32	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	22	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	43
<i>disulfiram</i>	83	EMTRIVA.....	19	<i>etodolac</i>	19
<i>divalproex sodium</i>	73	EMVERM.....	24	<i>etodolac er</i>	18
<i>divalproex sodium er</i>	72	<i>enalapril maleate</i>	38	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	43
DOCETAXEL.....	9	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...	37	<i>etoposide</i>	9
<i>docetaxel</i>	9	ENBREL.....	10, 11	<i>etravirine</i>	19
<i>dofetilide</i>	32	ENBREL MINI.....	10	<i>euthyrox</i>	41
<i>donepezil hcl</i>	75, 76	ENBREL SURECLICK.....	11	<i>everolimus</i>	3, 14
DOPTLET.....	62	ENDARI.....	62	EVOTAZ.....	22
<i>dorzolamide hcl</i>	67	<i>endocet</i>	17	EXEL COMFORT POINT	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	67	ENGERIX-B.....	15	PEN NEEDLE.....	47
<i>dotti</i>	51	<i>enoxaparin sodium</i>	61	<i>exemestane</i>	1
DOVATO.....	22	<i>enpresse-28</i>	43	EXKIVITY.....	3
<i>doxazosin mesylate</i>	34	<i>enskyce</i>	43	EZALLOR SPRINKLE.....	33
<i>doxepin hcl</i>	76, 77, 82	ENSTILAR.....	88	<i>ezetimibe</i>	34
<i>doxercalciferol</i>	41	<i>entacapone</i>	70	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	34
<i>doxorubicin hcl</i>	8	<i>entecavir</i>	26	FABRAZYME.....	54
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	8	ENTRESTO.....	36	<i>falmina</i>	43
<i>doxy 100</i>	31	<i>enulose</i>	58	<i>famciclovir</i>	26
<i>doxycycline hyclate</i>	31	EPCLUSA.....	26	<i>famotidine</i>	56
<i>doxycycline monohydrate</i>	31	EPIDIOLEX.....	73	<i>famotidine premixed</i>	56
DRIZALMA SPRINKLE.....	77	<i>epinephrine</i>	94	FANAPT.....	79
<i>dronabinol</i>	56	<i>epirubicin hcl</i>	8	FANAPT TITRATION	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ...	43	<i>epitol</i>	73	PACK.....	79
DROXIA.....	62	EPIVIR HBV.....	26	FARXIGA.....	49
<i>droxidopa</i>	39	<i>eplerenone</i>	31	FARYDAK.....	3
<i>duloxetine hcl</i>	77	<i>ergotamine-caffeine</i>	82	FASENRA.....	94
DUREZOL.....	68	ERIVEDGE.....	3	FASENRA PEN.....	94
<i>dutasteride</i>	60	ERLEADA.....	1	<i>felbamate</i>	73
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	60	<i>erlotinib hcl</i>	3	<i>felodipine er</i>	35
<i>e.e.s. 400</i>	28	<i>errin</i>	43	<i>femynor</i>	43
<i>ec-naproxen</i>	18	<i>ertapenem sodium</i>	24	<i>fenofibrate</i>	32
EDARBI.....	31	<i>ery</i>	89	<i>fenofibrate micronized</i>	32
EDARBYCLOR.....	36	<i>ery-tab</i>	28	<i>fenofibric acid</i>	33
EDURANT.....	19	ERYTHROCIN		<i>fentanyl</i>	18
<i>efavirenz</i>	19	LACTOBIONATE.....	28	<i>fentanyl citrate</i>	17
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i> ...	22	<i>erythrocin stearate</i>	28	FETZIMA.....	77
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> ..	22	<i>erythromycin</i>	68, 89	FETZIMA TITRATION.....	77
<i>elinest</i>	43	<i>erythromycin base</i>	29	FIASP.....	47
ELIQUIS.....	61	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	29	FIASP FLEXTOUCH.....	47
ELIQUIS DVT/PE		ESBRIET.....	94	FIASP PENFILL.....	47
STARTER PACK.....	61	<i>escitalopram oxalate</i>	77	FINACEA.....	89

<i>finasteride</i>	60	GAMASTAN S/D.....	12	GVOKE HYPOPEN 2-	
FINTEPLA.....	73	GAMMAGARD.....	12	PACK.....	40
<i>flac</i>	90	GAMMAGARD S/D LESS		GVOKE PFS.....	40
FLAREX.....	68	IGA.....	13	HAEGARDA.....	62, 63
FLEBOGAMMA DIF.....	12	GAMMAKED.....	13	<i>hailey 1.5/30</i>	43
<i>flecainide acetate</i>	32	GAMMAPLEX.....	13	<i>halobetasol propionate</i>	88
FLOVENT DISKUS.....	93	GAMUNEX-C.....	13	<i>haloperidol</i>	79
FLOVENT HFA.....	93	<i>ganciclovir sodium</i>	26	<i>haloperidol decanoate</i>	79
<i>fluconazole</i>	22, 23	GARDASIL 9.....	15	<i>haloperidol lactate</i>	79
<i>fluconazole in sodium chloride</i> ..	22	<i>gatifloxacin</i>	68	HARVONI.....	26
<i>flucytosine</i>	23	GATTEX.....	59	HAVRIX.....	15
<i>fludrocortisone acetate</i>	52	<i>gavilyte-c</i>	58	<i>heather</i>	43
<i>flunisolide</i>	93	<i>gavilyte-g</i>	58	HEPARIN (PORCINE) IN	
<i>fluocinolone acetonide</i>	88, 90	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	58	NACL.....	61
<i>fluocinolone acetonide body</i>	88	GAVRETO.....	3	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	61
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	88	<i>gemcitabine hcl</i>	9	<i>heparin sodium (porcine)</i>	61
<i>fluocinonide</i>	88	<i>gemfibrozil</i>	33	<i>hepatamine</i>	66
<i>fluocinonide emulsified base</i>	88	<i>generlac</i>	58	HERCEPTIN.....	3
<i>fluorometholone</i>	69	<i>gengraf</i>	14	HERCEPTIN HYLECTA.....	3
<i>fluorouracil</i>	9, 89, 90	GENOTROPIN.....	55	HERZUMA.....	3
<i>fluoxetine hcl</i>	77	GENOTROPIN		HETLIOZ.....	82
<i>fluphenazine decanoate</i>	79	MINIQUICK.....	55	HIBERIX.....	15
<i>fluphenazine hcl</i>	79	<i>gentak</i>	68	HUMIRA.....	11
<i>flurbiprofen</i>	19	<i>gentamicin in saline</i>	24	HUMIRA PEDIATRIC	
<i>flurbiprofen sodium</i>	69	<i>gentamicin sulfate</i>	24, 68, 86	CROHNS START.....	11
<i>flutamide</i>	1	GENVOYA.....	22	HUMIRA PEN.....	11
<i>fluticasone propionate</i>	88, 93	<i>gianvi</i>	43	HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
<i>fluvastatin sodium</i>	33	GILENYA.....	70	STARTER.....	11
<i>fluvastatin sodium er</i>	33	GILOTRIF.....	3	HUMIRA PEN-PEDIATRIC	
<i>fluvoxamine maleate</i>	71	<i>glatiramer acetate</i>	70, 71	UC START.....	11
<i>fondaparinux sodium</i>	61	<i>glatopa</i>	71	HUMIRA PEN-	
<i>formoterol fumarate</i>	91	<i>glimepiride</i>	49	PS/UV/ADOL HS START.....	11
FORTEO.....	53	<i>glipizide</i>	49	HUMIRA PEN-	
FOSAMAX PLUS D.....	53	<i>glipizide er</i>	49	PSOR/UEVIT STARTER.....	11
<i>fosamprenavir calcium</i>	19	<i>glipizide xl</i>	49	HUMULIN R U-500	
<i>fosinopril sodium</i>	38	<i>glipizide-metformin hcl</i>	49	(CONCENTRATED).....	47
<i>fosinopril sodium-hetz</i>	37	GLOBAL ALCOHOL PREP		HUMULIN R U-500	
FOTIVDA.....	3	EASE.....	47	KWIKPEN.....	47
FRAGMIN.....	61	<i>glycopyrrolate</i>	57	<i>hydralazine hcl</i>	40
FREAMINE III.....	66	<i>glydo</i>	86	<i>hydrochlorothiazide</i>	38
<i>frovatriptan succinate</i>	82	GLYXAMBI.....	49	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	17
<i>fulvestrant</i>	1	GOLYTELY.....	58	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	17
<i>furosemide</i>	37, 38	GRALISE.....	85	<i>hydrocortisone</i>	52, 57, 88
FUZEON.....	20	<i>granisetron hcl</i>	56	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	90
<i>fyavolv</i>	52	<i>griseofulvin microsize</i>	23	<i>hydromorphone hcl</i>	17
FYCOMPA.....	73	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	23	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	12
<i>gabapentin</i>	73	<i>guanfacine hcl</i>	40	<i>hydroxyurea</i>	10
<i>galantamine hydrobromide</i>	76	<i>guanfacine hcl er</i>	84	<i>hydroxyzine hcl</i>	92
<i>galantamine hydrobromide er</i> ...	76			<i>hydroxyzine pamoate</i>	92

HYSINGLA ER.....	18	ISOPTO ATROPINE.....	69	<i>klor-con</i>	65
<i>ibandronate sodium</i>	53	<i>isosorbide dinitrate</i>	39	<i>klor-con 10</i>	64
IBRANCE.....	3	<i>isosorbide mononitrate</i>	39	<i>klor-con m10</i>	64
<i>ibu</i>	19	<i>isosorbide mononitrate er</i>	39	<i>klor-con m15</i>	64
<i>ibuprofen</i>	19	<i>isotretinoin</i>	89	<i>klor-con m20</i>	65
<i>icatibant acetate</i>	63	<i>isradipine</i>	35	KORLYM.....	55
<i>iclevia</i>	43	<i>itraconazole</i>	23	KRISTALOSE.....	58
ICLUSIG.....	3, 4	<i>ivermectin</i>	24	<i>kurvelo</i>	44
IDHIFA.....	4	IXIARO.....	15	KYNMOBI.....	70
ILEVRO.....	69	JAKAFI.....	4	<i>labetalol hcl</i>	34
<i>imatinib mesylate</i>	4	<i>jantoven</i>	61	<i>lactated ringers</i>	63
IMBRUVICA.....	4	JANUMET.....	49	<i>lactulose</i>	58
<i>imipenem-cilastatin</i>	24	JANUMET XR.....	49	<i>lactulose encephalopathy</i>	58
<i>imipramine hcl</i>	77	JANUVIA.....	49	<i>lamivudine</i>	20, 26
<i>imiquimod</i>	90	JARDIANCE.....	49	<i>lamivudine-zidovudine</i>	22
IMOVAX RABIES.....	15	<i>jasmiel</i>	43	<i>lamotrigine</i>	73
IMVEXXY		JENTADUETO.....	49	<i>lamotrigine er</i>	73
MAINTENANCE PACK.....	52	JENTADUETO XR.....	49	<i>lansoprazole</i>	58
IMVEXXY STARTER		<i>jinteli</i>	52	<i>lapatinib ditosylate</i>	4
PACK.....	52	<i>jolessa</i>	43	<i>larin 1.5/30</i>	44
<i>incassia</i>	43	<i>juleber</i>	43	<i>larin 1/20</i>	44
INCRELEX.....	55	JULUCA.....	22	<i>larin fe 1.5/30</i>	44
INCRUSE ELLIPTA.....	91	<i>junel 1.5/30</i>	43	<i>larin fe 1/20</i>	44
<i>indapamide</i>	38	<i>junel 1/20</i>	44	<i>larissia</i>	44
INFANRIX.....	15	<i>junel fe 1.5/30</i>	44	LASTACRAFT.....	66
INGREZZA.....	85	<i>junel fe 1/20</i>	44	<i>latanoprost</i>	67
INLYTA.....	4	JUXTAPID.....	34	LATUDA.....	80
INQOVI.....	10	KADCYLA.....	4	<i>leena</i>	44
INREBIC.....	4	KALETRA.....	22	<i>leflunomide</i>	12
INTELENCE.....	20	KALYDECO.....	94	LENVIMA (10 MG DAILY	
INTRALIPID.....	66	KANJINTI.....	4	DOSE).....	4
INTRON A.....	13	<i>kariva</i>	44	LENVIMA (12 MG DAILY	
<i>introvale</i>	43	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	63	DOSE).....	4
INVEGA SUSTENNA.....	79, 80	KCL IN DEXTROSE-NACL.....	63	LENVIMA (14 MG DAILY	
INVEGA TRINZA.....	80	<i>kelnor 1/35</i>	44	DOSE).....	5
INVIRASE.....	20	<i>kelnor 1/50</i>	44	LENVIMA (18 MG DAILY	
IPOL.....	15	<i>ketoconazole</i>	23, 86, 87	DOSE).....	5
<i>ipratropium bromide</i>	91, 92	<i>ketorolac tromethamine</i>	69	LENVIMA (20 MG DAILY	
<i>ipratropium-albuterol</i>	92	KEYTRUDA.....	4	DOSE).....	5
<i>irbesartan</i>	31	KINRIX.....	15	LENVIMA (24 MG DAILY	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	36	KISQALI (200 MG DOSE).....	4	DOSE).....	5
IRESSA.....	4	KISQALI (400 MG DOSE).....	4	LENVIMA (4 MG DAILY	
<i>irinotecan hcl</i>	10	KISQALI (600 MG DOSE).....	4	DOSE).....	5
ISENTRESS.....	20	KISQALI FEMARA (400		LENVIMA (8 MG DAILY	
ISENTRESS HD.....	20	MG DOSE).....	10	DOSE).....	5
<i>isibloom</i>	43	KISQALI FEMARA (600		<i>lessina</i>	44
ISOLYTE-P IN D5W.....	63	MG DOSE).....	10	<i>letrozole</i>	1
ISOLYTE-S.....	63	KISQALI FEMARA(200		<i>leucovorin calcium</i>	8
<i>isoniazid</i>	21	MG DOSE).....	10	LEUKERAN.....	1

<i>leuprolide acetate</i>	1	<i>lorazepam intensol</i>	71	MENACTRA.....	15
<i>levalbuterol hcl</i>	91	LORBRENA.....	5	MENQUADFI.....	15
<i>levalbuterol tartrate</i>	91	<i>loryna</i>	44	MENVEO.....	15
LEVEMIR.....	47	<i>losartan potassium</i>	31	<i>mercaptopurine</i>	9
LEVEMIR FLEXTOUCH.....	47	<i>losartan potassium-hetz</i>	36	<i>meropenem</i>	24
<i>levetiracetam</i>	73, 74	LOTEMAX.....	69	<i>mesalamine</i>	57
<i>levetiracetam er</i>	73	<i>lovastatin</i>	33	<i>mesalamine er</i>	57
<i>levetiracetam in nacl</i>	73	<i>low-ogestrel</i>	44	<i>mesalamine-cleanser</i>	57
<i>levobunolol hcl</i>	67	<i>loxapine succinate</i>	80	MESNEX.....	8
<i>levocarnitine</i>	55	<i>lubiprostone</i>	59	<i>metadate er</i>	84
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> ...	92	LUMAKRAS.....	5	<i>metformin hcl</i>	50
<i>levofloxacin</i>	29	LUMIGAN.....	67	<i>metformin hcl er</i>	50
<i>levofloxacin in d5w</i>	29	LUMIZYME.....	55	<i>methadone hcl</i>	18
<i>levonest</i>	44	LUPRON DEPOT (1- MONTH).....	1	<i>methadone hcl intensol</i>	18
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> ...	44	LUPRON DEPOT (3- MONTH).....	1	<i>methazolamide</i>	38
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	44	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....	55	<i>methenamine hippurate</i>	24
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	44	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....	55	<i>methimazole</i>	41
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	44	<i>lutera</i>	44	<i>methotrexate</i>	12
<i>levo-t</i>	41	<i>lyleq</i>	44	<i>methotrexate sodium</i>	9
<i>levothyroxine sodium</i>	41	<i>lyllana</i>	52	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	9
<i>levoxyl</i>	41	LYNPARZA.....	5	<i>methyl dopa</i>	40
LEXIVA.....	20	LYRICA CR.....	85	<i>methylphenidate hcl</i>	84
<i>lidocaine</i>	86	LYSODREN.....	2	<i>methylphenidate hcl er</i>	84
<i>lidocaine hcl</i>	19, 86	<i>lyza</i>	44	<i>methylprednisolone</i>	52
<i>lidocaine hcl (pf)</i>	19	<i>magnesium sulfate</i>	64	<i>methylprednisolone acetate</i>	52
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i> ...	86	MAGNESIUM SULFATE...	64	<i>methylprednisolone sodium</i> <i>succ</i>	52
<i>lidocaine viscous hcl</i>	85	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	63	<i>metoclopramide hcl</i>	56
<i>lidocaine-prilocaine</i>	86	MAGNESIUM SULFATE IN D5W.....	63	<i>metolazone</i>	38
<i>lillow</i>	44	<i>malathion</i>	89	<i>metoprolol succinate er</i>	34
<i>linezolid</i>	24	<i>marlissa</i>	44	<i>metoprolol tartrate</i>	34
<i>linezolid in sodium chloride</i>	24	MARPLAN.....	77	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	37
LINZESS.....	59	MATULANE.....	10	<i>metronidazole</i>	25, 60, 90
<i>liothyronine sodium</i>	41	<i>matzim la</i>	35	<i>metronidazole in nacl</i>	24
<i>lisinopril</i>	38	MAVYRET.....	26	<i>metyrosine</i>	40
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	37	<i>meclizine hcl</i>	56	<i>micafungin sodium</i>	23
LITHIUM.....	85	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	44, 45, 53	<i>microgestin 1.5/30</i>	45
<i>lithium carbonate</i>	85	<i>mefloquine hcl</i>	23	<i>microgestin 1/20</i>	45
<i>lithium carbonate er</i>	85	<i>megestrol acetate</i>	2, 53	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	45
LIVALO.....	33	MEKINIST.....	5	<i>microgestin fe 1/20</i>	45
<i>loestrin 1.5/30 (21)</i>	44	MEKTOVI.....	5	<i>midodrine hcl</i>	40
<i>loestrin 1/20 (21)</i>	44	<i>meloxicam</i>	19	<i>miglustat</i>	55
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	44	<i>memantine hcl</i>	76	<i>mili</i>	45
<i>loestrin fe 1/20</i>	44	<i>memantine hcl er</i>	76	<i>mimvey</i>	52
LOKELMA.....	40			<i>minocycline hcl</i>	31
LONSURF.....	10			<i>minoxidil</i>	40
<i>loperamide hcl</i>	59			<i>mirtazapine</i>	77
<i>lopinavir-ritonavir</i>	22			<i>misoprostol</i>	59
<i>lopreeza</i>	52			MITIGARE.....	18
<i>lorazepam</i>	71				

M-M-R II.....	15	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN..	47
M-NATAL PLUS.....	65	<i>polymyx</i>	NOVOLIN N.....	47
<i>modafinil</i>	83	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	NOVOLIN N FLEXPEN.....	47
<i>moexipril hcl</i>	38	<i>neomycin-polymyxin-</i>	NOVOLIN R.....	47
<i>molindone hcl</i>	80	<i>gramicidin</i>	NOVOLIN R FLEXPEN.....	47
<i>mometasone furoate</i>	88, 93	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	NOVOLOG.....	48
<i>mondoxyne nl</i>	31	NERLYNX.....	NOVOLOG FLEXPEN.....	48
MONJUVI.....	5	NEUPRO.....	NOVOLOG MIX 70/30.....	48
<i>mono-linyah</i>	45	<i>nevirapine</i>	NOVOLOG MIX 70/30	
<i>montelukast sodium</i>	94	<i>nevirapine er</i>	FLEXPEN.....	48
<i>morphine sulfate</i>	17	NEXAVAR.....	NOVOLOG PENFILL.....	48
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	17	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> ..	NOXAFIL.....	23
MORPHINE SULFATE		<i>nicardipine hcl</i>	NUBEQA.....	2
(PF).....	17	NICOTROL.....	NUEDEXTA.....	85
<i>morphine sulfate (pf)</i>	17	NICOTROL NS.....	NULOJIX.....	14
<i>morphine sulfate er</i>	18	<i>nifedipine er</i>	NULYTELY LEMON-	
MOVANTIK.....	59	<i>nifedipine er osmotic release</i>	LIME.....	58
MOXIFLOXACIN HCL.....	29	<i>nikki</i>	NUPLAZID.....	80
<i>moxifloxacin hcl</i>	29, 68	<i>nilutamide</i>	NUTRILIPID.....	66
<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	29	<i>nimodipine</i>	<i>nyamyc</i>	86
MULTAQ.....	32	NINLARO.....	<i>nylia 7/7/7</i>	45
<i>mupirocin</i>	86	<i>nisoldipine er</i>	NYMALIZE.....	35
<i>mupirocin calcium</i>	86	<i>nitazoxanide</i>	<i>nymyo</i>	45
MVASI.....	5	<i>nitisinone</i>	<i>nystatin</i>	23, 86, 87
<i>mycophenolate mofetil</i>	14	NITRO-BID.....	<i>nystop</i>	87
<i>mycophenolate sodium</i>	14	NITRO-DUR.....	<i>ocella</i>	45
<i>myorisan</i>	89	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	OCTAGAM.....	13
MYRBETRIQ.....	60	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> ..	<i>octreotide acetate</i>	55
<i>nabumetone</i>	19	<i>nitroglycerin</i>	ODEFSEY.....	22
<i>nadolol</i>	34	<i>nizatidine</i>	ODOMZO.....	5
<i>nafacillin sodium</i>	30	<i>nora-be</i>	OFEV.....	94
NAFCILLIN SODIUM.....	30	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	<i>ofloxacin</i>	68, 90
NAGLAZYME.....	55	<i>norethindrone</i>	OGIVRI.....	5
<i>nalbuphine hcl</i>	17	<i>norethindrone acetate</i>	<i>olanzapine</i>	80
<i>naloxone hcl</i>	83, 84	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> ..	<i>olmesartan medoxomil</i>	32
<i>naltrexone hcl</i>	84	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	36
NAMZARIC.....	76	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	36
<i>naproxen</i>	19	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> ...45	<i>olopatadine hcl</i>	66, 92
<i>naproxen sodium</i>	19	NORITATE.....	<i>omeprazole</i>	58
<i>naratriptan hcl</i>	82	<i>norlyroc</i>	OMNARIS.....	93
NARCAN.....	84	NORPACE CR.....	OMNIPOD 5 PACK.....	48
NATACYN.....	68	NORTHERA.....	OMNIPOD DASH 5 PACK	
<i>nateglinide</i>	50	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	PODS.....	48
NATPARA.....	53	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	OMNIPOD STARTER.....	48
NAYZILAM.....	74	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	<i>ondansetron</i>	57
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	45	<i>nortrel 7/7/7</i>	<i>ondansetron hcl</i>	56
<i>nefazodone hcl</i>	77	<i>nortriptyline hcl</i>	ONTRUZANT.....	5
<i>neomycin sulfate</i>	25	NORVIR.....	ONUREG.....	9
		NOVOLIN 70/30.....	OPSUMIT.....	38

ORGOVYX.....	2	<i>penicillin v potassium</i>	30, 31	<i>potassium chloride</i>	64, 65
ORKAMBI.....	94	PENTACEL.....	15	<i>potassium chloride crys er</i>	65
<i>orsythia</i>	45	<i>pentamidine isethionate</i>	25	<i>potassium chloride er</i>	65
<i>oseltamivir phosphate</i>	26	<i>pentoxifylline er</i>	63	<i>potassium chloride in dextrose</i> ..	64
OSPHENA.....	55	PERFOROMIST.....	91	<i>potassium chloride in nacl</i>	64
<i>oxacillin sodium</i>	30	<i>perindopril erbumine</i>	39	POTASSIUM CHLORIDE	
<i>oxaliplatin</i>	1	<i>periogard</i>	86	IN NAACL.....	64
<i>oxandrolone</i>	42	<i>permethrin</i>	89	<i>potassium citrate er</i>	61
<i>oxaprozin</i>	19	<i>perphenazine</i>	80	PRADAXA.....	61
<i>oxcarbazepine</i>	74	PERSERIS.....	81	PRALUENT.....	34
<i>oxybutynin chloride</i>	60	<i>pfizerpen</i>	31	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	70
<i>oxybutynin chloride er</i>	60	<i>phenelzine sulfate</i>	77	<i>pramipexole dihydrochloride er</i> ..	70
<i>oxycodone hcl</i>	17	<i>phenobarbital</i>	74	<i>prasugrel hcl</i>	62
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	17	<i>phenobarbital sodium</i>	74	<i>pravastatin sodium</i>	33
OXYTROL.....	60	PHENYTEK.....	74	<i>praziquantel</i>	25
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>phenytoin</i>	74	<i>prazosin hcl</i>	34
MG/DOSE).....	50	<i>phenytoin sodium</i>	74	<i>prednisolone</i>	52
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	50	<i>phenytoin sodium extended</i>	74	<i>prednisolone acetate</i>	69
<i>pacerone</i>	32	PHESGO.....	5	<i>prednisolone sodium phosphate</i> ..	53
<i>paclitaxel</i>	9	<i>philith</i>	45	PREDNISOLONE SODIUM	
<i>paliperidone er</i>	80	PICATO.....	90	PHOSPHATE.....	69
<i>pamidronate disodium</i>	53, 54	PIFELTRO.....	20	<i>prednisone</i>	53
PAMIDRONATE		<i>pilocarpine hcl</i>	67, 86	PREDNISONE INTENSOL..	53
DISODIUM.....	53	<i>pimozide</i>	81	PREFERRED PLUS	
PANRETIN.....	90	<i>pimtrea</i>	45	INSULIN SYRINGE.....	48
<i>pantoprazole sodium</i>	58	<i>pindolol</i>	34	<i>pregabalin</i>	74
PANZYGA.....	13	<i>pioglitazone hcl</i>	50	PREMASOL.....	66
<i>paraplatin</i>	1	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	50	PRENATAL.....	65
<i>paricalcitol</i>	41	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ..	50	PRENATAL PLUS.....	65
<i>paroex</i>	86	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> ..	31	PRENATAL VITAMIN	
<i>paromomycin sulfate</i>	25	PIQRAY (200 MG DAILY		PLUS LOW IRON.....	65
<i>paroxetine hcl</i>	77	DOSE).....	5	<i>prevalite</i>	34
<i>paroxetine hcl er</i>	77	PIQRAY (250 MG DAILY		<i>previfem</i>	45
PASER.....	21	DOSE).....	6	PREZCOBIX.....	22
PAXIL.....	77	PIQRAY (300 MG DAILY		PREZISTA.....	20
PAZEO.....	66	DOSE).....	6	PRIFTIN.....	21
PEDIARIX.....	15	<i>pirmella 1135</i>	45	PRILOSEC.....	58
PEDVAX HIB.....	15	<i>piroxicam</i>	19	PRIMAQUINE	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	59	PLASMA-LYTE 148.....	64	PHOSPHATE.....	23
<i>peg-3350/electrolytes</i>	59	PLASMA-LYTE A.....	64	<i>primaquine phosphate</i>	23
PEGANONE.....	74	<i>plenamine</i>	66	<i>primidone</i>	74
PEGASYS.....	26	PLENVU.....	59	PRIVIGEN.....	13
PEMAZYRE.....	5	PNV FOLIC ACID + IRON..	65	<i>probenecid</i>	18
<i>penicillamine</i>	40	<i>podofilox</i>	90	PROCALAMINE.....	66
PENICILLIN G POT IN		<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	68	<i>prochlorperazine</i>	57
DEXTROSE.....	30	POMALYST.....	10	<i>prochlorperazine edisylate</i>	57
<i>penicillin g potassium</i>	30	<i>portia-28</i>	45	<i>prochlorperazine maleate</i>	57
PENICILLIN G PROCAINE	30	<i>posaconazole</i>	23	PROCRIT.....	62
<i>penicillin g sodium</i>	30	POTASSIUM CHLORIDE... 64		<i>procto-med hc</i>	90

<i>procto-pak</i>	90	<i>repaglinide</i>	50	<i>scopolamine</i>	57
<i>proctosol hc</i>	90	RESTASIS.....	69	SECUADO.....	81
<i>proctozone-hc</i>	90	RESTASIS MULTIDOSE.....	69	<i>selegiline hcl</i>	70
PROGRAF.....	14	RETEVMO.....	6	<i>selenium sulfide</i>	87
PROLASTIN-C.....	94	REVLIMID.....	10	SELZENTRY.....	20
PROLENSA.....	69	REXULTI.....	81	SEREVENT DISKUS.....	91
PROLIA.....	54	REYATAZ.....	20	<i>sertraline hcl</i>	78
PROMACTA.....	63	REZUROCK.....	14	<i>setlakin</i>	46
<i>promethazine hcl</i>	57	RHOPRESSA.....	67	<i>sevelamer carbonate</i>	40
<i>propafenone hcl</i>	32	RIABNI.....	6	<i>sharobel</i>	46
<i>propafenone hcl er</i>	32	<i>ribavirin</i>	26	SHINGRIX.....	16
<i>proparacaine hcl</i>	69	<i>rifabutin</i>	21	SIGNIFOR.....	55
<i>propranolol hcl</i>	34, 35	<i>rifampin</i>	21	<i>sildenafil citrate</i>	38
<i>propranolol hcl er</i>	34	<i>riluzole</i>	85	<i>silodosin</i>	60
<i>propylthiouracil</i>	41	<i>rimantadine hcl</i>	26	<i>silver sulfadiazine</i>	86
PROQUAD.....	16	RINVOQ.....	11	SIMBRINZA.....	67
PROSOL.....	66	<i>risedronate sodium</i>	54	<i>simliya</i>	46
<i>protriptyline hcl</i>	77	RISPERDAL CONSTA.....	81	<i>simvastatin</i>	33
PULMICORT		<i>risperidone</i>	81	<i>sirolimus</i>	14
FLEXHALER.....	93	<i>ritonavir</i>	20	SIRTURO.....	21
PULMOZYME.....	94	RITUXAN.....	6	SIVEXTRO.....	25
PURIXAN.....	9	RITUXAN HYCELA.....	6	SKYRIZI.....	12
<i>pyrazinamide</i>	21	<i>rivastigmine</i>	76	SKYRIZI (150 MG DOSE)....	11
<i>pyridostigmine bromide</i>	85	<i>rivastigmine tartrate</i>	76	SKYRIZI PEN.....	12
QINLOCK.....	6	<i>rizatriptan benzoate</i>	82	<i>sodium chloride</i>	64, 86
QUADRACEL.....	16	ROCKLATAN.....	67	<i>sodium fluoride</i>	65
<i>quetiapine fumarate</i>	81	<i>ropinirole hcl</i>	70	<i>sodium phenylbutyrate</i>	55, 56
<i>quetiapine fumarate er</i>	81	<i>ropinirole hcl er</i>	70	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	41
<i>quinapril hcl</i>	39	<i>rosadan</i>	90	<i>solifenacin succinate</i>	60
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	37	<i>rosuvastatin calcium</i>	33	SOLQUA.....	48
<i>quinidine sulfate</i>	32	ROTARIX.....	16	SOLTAMOX.....	2
<i>quinine sulfate</i>	23	ROTATEQ.....	16	SOLU-CORTEF.....	53
RABAVERT.....	16	<i>roweepra</i>	74	SOMATULINE DEPOT.....	56
<i>rabeprazole sodium</i>	58	ROZLYTREK.....	6	SOMAVERT.....	56
<i>raloxifene hcl</i>	55	RUBRACA.....	6	<i>sorine</i>	32
<i>ramipril</i>	39	<i>rufinamide</i>	74	<i>sotalol hcl</i>	32
<i>ranolazine er</i>	40	RUKOBIA.....	20	<i>sotalol hcl (af)</i>	32
<i>rasagiline mesylate</i>	70	RUXIENCE.....	6	SOVALDI.....	26
RAYALDEE.....	41	RYBELSUS.....	50	<i>spironolactone</i>	31
<i>reclipsen</i>	46	RYDAPT.....	6	<i>spironolactone-hctz</i>	38
RECOMBIVAX HB.....	16	<i>sajazir</i>	63	<i>sprintec 28</i>	46
RECTIV.....	90	SANCUSO.....	57	SPRITAM.....	74
REGRANEX.....	86	SANDIMMUNE.....	14	SPRYCEL.....	6
RELENZA DISKHALER.....	26	SANTYL.....	86	<i>sps</i>	41
RELI-ON INSULIN		SAPHRIS.....	81	<i>sronyx</i>	46
SYRINGE.....	48	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	55	<i>ssd</i>	86
RELISTOR.....	59	SAVELLA.....	85	<i>stavudine</i>	20
REMICADE.....	11	SAVELLA TITRATION		STELARA.....	12
RENFLEXIS.....	11	PACK.....	85	<i>sterile water for irrigation</i>	86

STIMATE.....	56	TAZVERIK.....	6	TOVIAZ.....	60
STIVARGA.....	6	TDVAX.....	16	TPN ELECTROLYTES.....	64
<i>streptomycin sulfate</i>	25	TECENTRIQ.....	6	TRADJENTA.....	51
STRIBILD.....	22	TECFIDERA.....	71	<i>tramadol hcl</i>	18
<i>subvenite</i>	74	TEFLARO.....	28	<i>tramadol-acetaminophen</i>	18
<i>sucralfate</i>	59	<i>telmisartan</i>	32	<i>trandolapril</i>	39
<i>sulfacetamide sodium</i>	68	<i>telmisartan-amlodipine</i>	36	<i>tranexamic acid</i>	63
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	89	<i>telmisartan-hctz</i>	37	<i>tranylcypromine sulfate</i>	78
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	67	<i>temazepam</i>	82	TRAVASOL.....	66
SULFADIAZINE.....	25	TEMIXYS.....	22	<i>travoprost (bak free)</i>	67
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	25	TENIVAC.....	16	TRAZIMERA.....	7
SULFAMYLON.....	86	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	21	<i>trazodone hcl</i>	78
<i>sulfasalazine</i>	57	TEPMETKO.....	6	TRECATOR.....	21
<i>sulindac</i>	19	<i>terazosin hcl</i>	34	TRELEGY ELLIPTA.....	92
<i>sumatriptan</i>	82	<i>terbinafine hcl</i>	23	TRELSTAR MIXJECT.....	2
<i>sumatriptan succinate</i>	83	<i>terbutaline sulfate</i>	91	<i>treprostinil</i>	38
<i>sumatriptan succinate refill</i>	83	<i>terconazole</i>	60	TRESIBA.....	48
<i>sunitinib malate</i>	6	<i>testosterone</i>	42	TRESIBA FLEXTOUCH.....	48
SUPREP BOWEL PREP KIT	59	<i>testosterone cypionate</i>	42	<i>tretinoin</i>	10, 89
SUTENT.....	6	<i>testosterone enanthate</i>	42	TREXALL.....	12
<i>syeda</i>	46	<i>tetrabenazine</i>	85	<i>triamcinolone acetonide</i> .86, 88, 89	
SYMBICORT.....	93	<i>tetracycline hcl</i>	31	<i>triamterene-hctz</i>	38
SYMDEKO.....	95	THALOMID.....	10	TRICARE.....	65
SYMJEPI.....	95	THEO-24.....	95	<i>triderm</i>	89
SYMPAZAN.....	74	<i>theophylline</i>	95	<i>trientine hcl</i>	41
SYMTUZA.....	22	<i>theophylline er</i>	95	<i>tri-estarylla</i>	46
SYNAREL.....	51	<i>thioridazine hcl</i>	81	<i>trifluoperazine hcl</i>	81
SYNERCID.....	25	<i>thiothixene</i>	81	<i>trifluridine</i>	68
SYNJARDY.....	50	<i>tiadylt er</i>	36	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	70
SYNJARDY XR.....	50, 51	<i>tiagabine hcl</i>	74	TRIJARDY XR.....	51
SYNRIBO.....	10	TIBSOVO.....	7	TRIKAFTA.....	95
SYNTHROID.....	41	TIGECYCLINE.....	31	<i>tri-legest fe</i>	46
TABLOID.....	9	<i>tigecycline</i>	31	<i>tri-lynyah</i>	46
TABRECTA.....	6	<i>tilia fe</i>	46	<i>tri-lo-estarylla</i>	46
<i>tacrolimus</i>	14, 90	<i>timolol maleate</i>	35, 67	<i>tri-lo-marzia</i>	46
<i>tadalafil (pah)</i>	38	TIVICAY.....	21	<i>tri-lo-mili</i>	46
TAFINLAR.....	6	TIVICAY PD.....	21	<i>tri-lo-sprintec</i>	46
TAGRISO.....	6	<i>tizanidine hcl</i>	71	<i>trimethoprim</i>	25
TALTZ.....	12	TOBRADEX.....	67	<i>tri-mili</i>	46
TALZENNA.....	6	TOBRADEX ST.....	67	<i>trimipramine maleate</i>	78
<i>tamoxifen citrate</i>	2	<i>tobramycin</i>	25, 68	TRINTELLIX.....	78
<i>tamsulosin hcl</i>	61	<i>tobramycin sulfate</i>	25	<i>tri-nymyo</i>	46
TARGRETIN.....	90	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	67	<i>tri-previfem</i>	46
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	46	<i>tolterodine tartrate</i>	60	<i>tri-sprintec</i>	46
TASIGNA.....	6	<i>tolterodine tartrate er</i>	60	TRIUMEQ.....	22
<i>tazarotene</i>	87	<i>topiramate</i>	74	<i>trivora (28)</i>	46
<i>tazicef</i>	28	<i>toposar</i>	10	<i>tri-vylibra</i>	46
TAZORAC.....	87	<i>toremifene citrate</i>	2	<i>tri-vylibra lo</i>	46
<i>taztia xt</i>	36	<i>torsemide</i>	38	TROGARZO.....	21

TROPHAMINE.....	66	VENCLEXTA.....	7	XCOPRI (250 MG DAILY	
<i>tropium chloride</i>	60	VENCLEXTA STARTING		DOSE).....	75
TRULANCE.....	59	PACK.....	7	XCOPRI (350 MG DAILY	
TRULICITY.....	51	<i>venlafaxine hcl</i>	78	DOSE).....	75
TRUMENBA.....	16	<i>venlafaxine hcl er</i>	78	XELJANZ.....	12
TRUSELTIQ (100MG		VENTAVIS.....	38	XELJANZ XR.....	12
DAILY DOSE).....	7	VENTOLIN HFA.....	91	XGEVA.....	54
TRUSELTIQ (125MG		<i>verapamil hcl</i>	36	XIFAXAN.....	59
DAILY DOSE).....	7	<i>verapamil hcl er</i>	36	XIGDUO XR.....	51
TRUSELTIQ (50MG DAILY		VERSACLOZ.....	81	XOLAIR.....	95
DOSE).....	7	VERZENIO.....	7	XOSPATA.....	7
TRUSELTIQ (75MG DAILY		<i>vestura</i>	46	XPOVIO (100 MG ONCE	
DOSE).....	7	V-GO 20.....	48	WEEKLY).....	7
TRUXIMA.....	7	V-GO 30.....	48	XPOVIO (40 MG ONCE	
TUKYSA.....	7	V-GO 40.....	48	WEEKLY).....	8
<i>tulana</i>	46	VICTOZA.....	51	XPOVIO (40 MG TWICE	
TURALIO.....	7	<i>vienna</i>	46	WEEKLY).....	8
TWINRIX.....	16	<i>vigabatrin</i>	75	XPOVIO (60 MG ONCE	
TYBOST.....	21	<i>vigadrone</i>	75	WEEKLY).....	8
TYMLOS.....	54	VIIBRYD.....	78	XPOVIO (60 MG TWICE	
TYPHIM VI.....	16	VIIBRYD STARTER PACK.....	78	WEEKLY).....	8
UBRELVY.....	83	VIMPAT.....	75	XPOVIO (80 MG ONCE	
UKONIQ.....	7	<i>vincristine sulfate</i>	10	WEEKLY).....	8
<i>unithroid</i>	41	<i>vinorelbine tartrate</i>	10	XPOVIO (80 MG TWICE	
<i>ursodiol</i>	59	<i>viorele</i>	46	WEEKLY).....	8
<i>valacyclovir hcl</i>	26	VIRACEPT.....	21	XTANDI.....	2
VALCHLOR.....	90	VIREAD.....	21	<i>xulane</i>	46
<i>valganciclovir hcl</i>	26	VITRAKVI.....	7	XULTOPHY.....	48
<i>valproate sodium</i>	74	VIVITROL.....	84	XYREM.....	83
<i>valproic acid</i>	75	VIZIMPRO.....	7	YF-VAX.....	16
<i>valsartan</i>	32	<i>voriconazole</i>	23	<i>yuvafem</i>	52
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	37	VOSEVI.....	27	<i>zafemy</i>	46
VALTOCO 10 MG DOSE.....	75	VOTRIENT.....	7	<i>zafirlukast</i>	94
VALTOCO 15 MG DOSE.....	75	VRAYLAR.....	81	<i>zarah</i>	47
VALTOCO 20 MG DOSE.....	75	VUMERITY.....	71	ZARXIO.....	62
VALTOCO 5 MG DOSE.....	75	VUMERITY (STARTER).....	71	ZEJULA.....	8
<i>vancomycin hcl</i>	25	<i>vyfemla</i>	46	ZELBORAF.....	8
VANCOMYCIN HCL IN		<i>vylibra</i>	46	ZEMAIRA.....	95
NACL.....	25	VYVANSE.....	84, 85	<i>zenatane</i>	89
<i>vandazole</i>	60	VYZULTA.....	67	ZENPEP.....	58
VAQTA.....	16	<i>warfarin sodium</i>	62	ZERVIAE.....	66
VARENICLINE		WELIREG.....	10	<i>zidovudine</i>	21
TARTRATE.....	84	<i>wera</i>	46	<i>ziprasidone hcl</i>	81
VARIVAX.....	16	XALKORI.....	7	<i>ziprasidone mesylate</i>	82
VASCEPA.....	34	XARELTO.....	62	ZIRABEV.....	8
VELCADE.....	7	XARELTO STARTER		ZIRGAN.....	68
<i>velivet</i>	46	PACK.....	62	<i>zoledronic acid</i>	54
VELTASSA.....	41	XATMEP.....	12	ZOLINZA.....	8
VEMLIDY.....	27	XCOPRI.....	75	<i>zolmitriptan</i>	83

<i>zolpidem tartrate</i>	82
<i>zonisamide</i>	75
ZORTRESS	14
ZOSTAVAX	16
<i>zovia 1/35e (28)</i>	47
<i>zumandimine</i>	47
ZYCLARA PUMP	90
ZYDELIG	8
ZYKADIA	8
ZYLET	67
ZYPITAMAG	33
ZYPREXA RELPREVV	82
ZYTIGA	2

Este formulario se actualizó el 12/01/2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP), Allwell Medicare (HMO), Allwell Medicare (PPO), Allwell Medicare Boost (HMO), Allwell Medicare Boost P3 (HMO), Allwell Medicare Boost USHS (HMO), Allwell Medicare Essentials (HMO), Allwell Medicare Premier (HMO), Allwell Medicare Premier II (HMO), Allwell Medicare Select (HMO), Allwell Medicare Select P3 (HMO) y Allwell Medicare Select USHS (HMO) al:

Estado	Número de Teléfono
AR	1-855-565-9518
AZ	1-800-977-7522
FL	1-877-935-8022
GA	1-844-890-2326
IN	1-855-766-1541

Estado	Número de Teléfono
KS	1-855-565-9519
LA	1-855-766-1572
MO	1-855-766-1452
MS	1-844-786-7711
NM	1-833-543-0246

Estado	Número de Teléfono
NV	1-833-854-4766
OH	1-855-766-1851
PA	1-855-766-1456
SC	1-855-766-1497
TX	1-844-796-6811

o, para los usuarios de TTY, 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales, o visite:

Estado	Dirección Web
AR	allwell.arhealthwellness.com
AZ	allwell.azcompletehealth.com
FL	allwell.sunshinehealth.com
GA	allwell.pshpgeorgia.com
IN	allwell.mhsindiana.com
KS	allwell.sunflowerhealthplan.com
LA	allwell.louisianahealthconnect.com
MO	allwell.homestatehealth.com

Estado	Dirección Web
MS	allwell.magnoliahealthplan.com
NM	allwell.westernskycommunitycare.com
NV	allwell.silversummithealthplan.com
OH	allwell.buckeyehealthplan.com
PA	allwell.pahealthwellness.com
SC	allwell.absolutetotalcare.com
TX	allwell.superiorhealthplan.com