

# AmeriHealth Medicare PPO

## FORMULARIO 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

FID 00024406, versión número 13

Este formulario se actualizó el **4/18/2024**. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con AmeriHealth Medicare PPO al **1-866-569-5190** (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**), los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede redireccionarse al correo de voz. O bien, visite **[amerihealthmedicare.com/formulary](https://www.amerihealthmedicare.com/formulary)**.





Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se hace referencia a "nosotros", "nos" o "nuestro", significa AmeriHealth Medicare PPO. Cuando se hace referencia al "plan" o "nuestro plan", significa AmeriHealth Core PPO, AmeriHealth Enhanced PPO, AmeriHealth Secure PPO y AmeriHealth Ultimate PPO.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan, que se actualizó el **4/18/2024**. Para obtener un formulario más actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la tapa y la contraportada.

Por lo general, usted debe usar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando, a lo largo del año.

## ¿Qué es el formulario de AmeriHealth Medicare PPO?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos y seleccionados por AmeriHealth Medicare PPO, en base al asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica. Esta lista representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, AmeriHealth Medicare PPO cubrirá los medicamentos que se incluyen en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea necesario por razones médicas, se adquiera en una farmacia de la red de AmeriHealth Medicare PPO y se sigan otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte su Evidence of Coverage (EOC, Constancia de cobertura).

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados que cubre AmeriHealth Medicare PPO, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la tapa y la contraportada.

## ¿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 de la Lista de medicamentos durante el año, pasarlos a niveles diferentes de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos seguir las reglas de Medicare para realizar estos cambios.

### **Cambios que pueden afectarlo este año**

En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos:** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico, que se ubicará en el mismo nivel de costos compartidos o uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo de inmediato a un nivel diferente de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no se lo comuniquemos por adelantado antes de realizar ese cambio, pero más adelante le brindaremos información acerca de los cambios específicos que hayamos realizado.
  - Si hacemos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. Encontrará esta información en la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Medicare PPO?" que se encuentra más adelante.

**Medicamentos retirados del mercado:** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, Food and Drug Administration) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de inmediato de nuestro formulario y enviaremos un aviso al respecto a los socios que lo toman.

- **Otros cambios:** Podemos hacer otros cambios que afecten a los socios que están tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, en reemplazo de un medicamento de marca que está actualmente en el formulario, agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, pasarlo a un nivel diferente de costo compartido o ambos. O bien, podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o si pasamos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos notificar el cambio a los socios afectados por lo menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia o cuando el socio solicite un resurtido de receta, momento en el cual el socio recibirá un suministro del medicamento para 60 días.
  - Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción. También encontrará esta información en la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Medicare PPO?” que se encuentra más adelante.

### **Cambios que no lo afectarán si está tomando actualmente el medicamento**

Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que los medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos socios que lo tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, a partir del 1 de enero del próximo año, se verá afectado por los cambios y es importante que verifique la lista de medicamentos del año siguiente de beneficios para saber si hay algún cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto se actualizó el **4/18/2024**. Para obtener información más actualizada sobre los medicamentos que cubre AmeriHealth Medicare PPO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la tapa y la contraportada. Si se realiza algún cambio en el formulario a mitad de año que no sea de mantenimiento, todos los socios afectados recibirán una notificación sobre dicho cambio.

### **¿Cómo debo utilizar el formulario?**

Existen dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

#### **Por afección médica**

El formulario comienza en la página 7. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías, según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 7. Luego, busque su medicamento dentro de dicha categoría.

## Por listado alfabético

Si no está seguro de la categoría, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 125. El índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos están incluidos en el índice. Busque el medicamento que toma en el índice. Junto al medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

AmeriHealth Medicare PPO cubre medicamentos de marca y genéricos. Un medicamento genérico es un medicamento aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos son menos costosos que los medicamentos de marca.

## ¿Existe alguna restricción a mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Es posible que se incluyan estos requisitos y límites:

- **Autorización previa:** AmeriHealth Medicare PPO exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de AmeriHealth Medicare PPO para poder adquirir los medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, AmeriHealth Medicare PPO no cubrirá el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En el caso de ciertos medicamentos, AmeriHealth Medicare PPO limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Por ejemplo, el plan de AmeriHealth Medicare PPO cubre recetas de Glipizide ER 10 mg por 60 unidades. Además, puede recetarse en un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, AmeriHealth Medicare PPO exige que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección antes de que cubramos otro medicamento para esa misma afección. Por ejemplo, si los medicamentos A y B se usan para tratar su afección, AmeriHealth Medicare PPO no cubrirá el medicamento B, a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para tratar su afección, AmeriHealth Medicare PPO cubrirá el medicamento B.

En el formulario que comienza en la página 7, puede consultar si existen requisitos o límites adicionales para su medicamento. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos. Hemos publicado en línea unos documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y de terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la tapa y la contraportada.

Puede solicitarle a AmeriHealth Medicare PPO que haga una excepción a estas restricciones o límites, o pedir que le envíen una lista de otros medicamentos similares para tratar su afección. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Medicare PPO?” en la página 4 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Equipo de asistencia a socios y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si confirma que AmeriHealth Medicare PPO no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitarle al Equipo de asistencia a socios una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por el plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que AmeriHealth Medicare PPO cubra.
- Puede solicitarle a AmeriHealth Medicare PPO que haga una excepción y cubra el medicamento. A continuación, encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción al formulario de AmeriHealth Medicare PPO?

Puede solicitarle a AmeriHealth Medicare PPO que haga una excepción a las normas de la cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted o un médico pueden solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, aunque no se encuentre en nuestro formulario. Si se aprueba la excepción, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel menor de costo compartido.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento que está en el formulario a un nivel menor de costo compartido si el medicamento no está en el nivel especializado. Si se aprueba la excepción, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones o los límites en la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, AmeriHealth Medicare PPO limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción del límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, AmeriHealth Medicare PPO solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no son lo suficientemente eficaces para tratar su afección o podrían provocarle reacciones médicas adversas.

Debe comunicarse con nosotros para preguntarnos sobre una decisión de cobertura inicial para una excepción del formulario, de los niveles o de la restricción de uso. **Para solicitar una excepción al formulario, nivel o restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente dañada si espera un plazo de 72 horas para que se tome una decisión. Si se le concede su solicitud para obtener una excepción acelerada, debemos tomar una decisión en un plazo máximo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico u otro profesional.

## ¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico sobre el cambio de mis medicamentos o la solicitud de una excepción?

Si usted es un socio nuevo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se encuentran en nuestro formulario. También podría estar tomando un medicamento que está incluido en nuestro formulario, pero sus posibilidades de obtenerlo son limitadas. Por ejemplo, podría necesitar nuestra autorización previa antes de adquirir sus medicamentos recetados. Necesita hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado cubierto o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, en ciertos casos podemos cubrirle el medicamento durante los primeros 90 días que sea socio de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en nuestro formulario o en caso de que sus posibilidades de obtener los medicamentos sean limitadas, cubriremos un suministro provisorio para 30 días. Si la receta se extendió por menos días, permitiremos resurtir la receta hasta alcanzar un suministro máximo de 30 días del medicamento. Después de su primer suministro por 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si fue un socio del plan durante menos de 90 días.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, permitiremos el resurtido de la receta hasta que hayamos proporcionado un suministro de transición para 98 días, que sea consistente con los incrementos de dispensación (a menos que tenga una receta escrita para menos días). Cubriremos más de un resurtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días si es socio de nuestro plan. Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si sus posibilidades de adquirir los medicamentos son limitadas, pero hace más de 90 días que inició su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta escrita para menos días) mientras solicita una excepción al formulario.

Si se produce una transición debido a un cambio de entorno, por ejemplo, si un socio se traslada de su hogar a un centro de atención a largo plazo y luego regresa, nuestro plan tiene un método para asegurarle el acceso a sus medicamentos. Si el sistema automatizado no puede detectar su traslado, la farmacia puede informarle a nuestro plan el traslado y proporcionarle los medicamentos recetados. Recibirá un aviso para que cambie a un medicamento que sea adecuado para la terapia y se encuentre en el formulario del plan, o bien deberá solicitar una excepción para continuar tomando el medicamento solicitado.

### Cómo obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de AmeriHealth Medicare PPO, consulte la Constancia de cobertura y otros documentos del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre AmeriHealth Medicare PPO, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la tapa y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien, visite **medicare.gov**.

## Formulario de AmeriHealth Medicare PPO

El formulario brinda información de cobertura sobre los medicamentos que cubre AmeriHealth Medicare PPO. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 125.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se encuentran en letra mayúscula (p. ej., LIPITOR®) y los medicamentos genéricos se encuentran en letra minúscula cursiva (p. ej., *atorvastatina*).

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

- **Autorización previa (PA, Prior Authorization):** Nuestro plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener nuestra aprobación antes de adquirir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, podríamos no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL, Quantity Limits):** Para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan cubre recetas de Glipizide ER 10 mg por 60 unidades. Además, puede recetarse en un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Terapia escalonada (ST, Step Therapy):** En algunos casos, el plan exige que primero pruebe ciertos medicamentos que le permitan tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa misma afección. Por ejemplo, si los medicamentos A y B se utilizan para tratar su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B, a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona, entonces cubriremos el medicamento B.
- **Suministro diario no extendido (NDS, Non-Extended Day Supply):** Todos los surtidos de medicamentos recetados opioides se limitarán a un suministro para 30 días. La entrega a domicilio de OptumRx® requiere que usted haya utilizado el 90 por ciento de su medicamento opioide antes de que se pueda resurtir. Tenga en cuenta que otras farmacias podrían tener limitaciones adicionales para los medicamentos opioides.
- **No se incluye el formulario (NF, Non-Formulary):** Si el medicamento tiene un estado de "No se incluye en el formulario", esto significa que el plan no cubre su medicamento. En este caso, puede solicitar una excepción al formulario.

En la columna de Nivel del medicamento de la tabla se indica el nivel en el que se ubica el medicamento. El nivel del medicamento es el nivel de costo compartido del formulario que es responsabilidad del socio. Consulte su Constancia de cobertura para obtener más información acerca de los importes del costo compartido.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<b>Agentes Antiinflamatorios</b>		
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE	2	
<b>Agentes Antitrombóticos</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg</i>	4	
<b>Agentes Para La Piel Y La Mucosa, Varios</b>		
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
LITFULO ORAL CAPSULE	NF	
<i>podofilox external gel</i>	NF	
ZORYVE EXTERNAL FOAM	NF	
<b>Antiinfecciosos</b>		
CABTREO EXTERNAL GEL	NF	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-3.75 %</i>	NF	
<b>Antipruriginosos Y Anestésicos Locales</b>		
LIDOCAN EXTERNAL PATCH	NF	
<b>Estimulantes Y Proliferantes Celulares</b>		
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %</i>	NF	
<b>Agentes Antiinfecciosos</b>		
<b>Antibióticos</b>		
AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE	4	QL (12 EA per 30 days)
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	4	
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</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>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 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 15 (10-5) gm</i>	2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION	NF	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125-31.25 MG/5ML	NF	
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted</i>	2	
<i>azithromycin oral packet</i>	3	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	2	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	3	
<i>azithromycin oral tablet</i>	2	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	3	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 2 gm</i>	NF	
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
AZULFIDINE ORAL TABLET	NF	
BACTRIM DS ORAL TABLET	NF	
BACTRIM ORAL TABLET	NF	
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
BAXDELA ORAL TABLET	NF	
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	NF	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	4	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION	4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	4	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour</i>	2	
<i>cefaclor oral capsule</i>	3	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	4	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>cefdinir oral capsule</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	
<i>cefixime oral capsule</i>	2	
<i>cefixime oral suspension reconstituted</i>	4	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	2	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	4	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</i>	3	
<i>cefprozil oral tablet</i>	3	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	3	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	3	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	4	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	2	
<i>cephalexin oral tablet</i>	3	
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
CIPRO ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	NF	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	4	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	3	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg</i>	3	
<i>clarithromycin oral tablet 500 mg</i>	2	
CLEOCIN ORAL CAPSULE	NF	
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION 900 MG/6ML	NF	
<i>clindamycin hcl oral capsule</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	4	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</i>	5	
CUBICIN RF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted</i>	5	
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	2	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 500 mg</i>	3	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
DIFICID ORAL TABLET	5	QL (60 EA per 30 days)
DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	3	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	NF	
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release</i>	NF	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet</i>	3	
E.E.S. 400 ORAL TABLET	NF	
E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	4	
ERYPED 200 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	NF	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	4	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles</i>	4	
<i>erythromycin base oral tablet</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	3	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 400 mg/5ml</i>	NF	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	3	
<i>erythromycin oral tablet delayed release</i>	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<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-%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</i>	3	
INVANZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
KITABIS PAK INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	NF	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral solution</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	4	
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	NF	
<i>linezolid oral tablet</i>	4	QL (56 EA per 28 days)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	4	
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
<i>minocycline hcl oral capsule</i>	2	
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg</i>	4	
<i>minocycline hcl oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution</i>	4	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet</i>	4	
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	2	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
NUZYRA ORAL TABLET	5	PA
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg</i>	4	
<i>ofloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 1 gm/50ml</i>	4	
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 2 gm/50ml</i>	NF	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 2 gm</i>	4	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	4	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	4	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted</i>	NF	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 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	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</i>	2	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500-500 MG	NF	
SEYSARA ORAL TABLET	NF	
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; QL (6 EA per 30 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET	5	PA; QL (6 EA per 30 days)
SOLODYN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 105 MG, 115 MG, 55 MG, 65 MG, 80 MG	NF	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</i>	NF	
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	3	
TARGADOX ORAL TABLET	NF	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	3	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM, 6 GM	3	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>tetracycline hcl oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted</i>	NF	
TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	NF	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE	NF	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution</i>	5	PA
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3 (2-1) GM	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 15 (10-5) GM	NF	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
VANCOGIN ORAL CAPSULE	NF	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>	3	
<i>vancomycin hcl oral capsule</i>	4	
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml</i>	4	
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 250 mg/5ml</i>	3	
VIBRAMYCIN ORAL CAPSULE	NF	
VIBRAMYCIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
VIBRAMYCIN ORAL SYRUP	NF	
XENLETA ORAL TABLET	5	PA; QL (10 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	NF	
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
ZITHROMAX ORAL PACKET	NF	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	NF	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET	NF	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET	NF	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION 2-0.25 GM/50ML	NF	
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/300ML	NF	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
ZYVOX ORAL TABLET	NF	
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION	4	PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	5	PA
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted</i>	2	PA
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted</i>	5	PA
ANCOBON ORAL CAPSULE	NF	
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	NF	
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 70 mg</i>	3	
CRESEMBA ORAL CAPSULE	5	PA
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	NF	
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted</i>	3	
<i>fluconazole oral tablet</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule</i>	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule</i>	4	
<i>itraconazole oral solution</i>	NF	
<i>ketoconazole oral tablet</i>	3	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	3	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	NF	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	5	
NOXAFIL ORAL PACKET	NF	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION	5	PA
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	2	
<i>nystatin oral tablet</i>	2	
<i>posaconazole oral suspension</i>	5	PA
<i>posaconazole oral tablet delayed release</i>	5	PA
SPORANOX ORAL CAPSULE	NF	
SPORANOX ORAL SOLUTION	NF	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	2	
<i>tolsura oral capsule</i>	NF	
VFEND IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
VFEND ORAL TABLET	NF	
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted</i>	5	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</i>	NF	
<i>voriconazole oral tablet</i>	4	
<b>Antihelmínticos</b>		
<i>albendazole oral tablet</i>	5	
BILTRICIDE ORAL TABLET	NF	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE	NF	
<i>ivermectin oral tablet</i>	3	
<i>praziquantel oral tablet</i>	4	
STROMEKTOL ORAL TABLET	NF	
<b>Antiinfecciosos Urinarios</b>		
<i>fosfomicin tromethamine oral packet</i>	4	
HIPREX ORAL TABLET	NF	
MACROBID ORAL CAPSULE	NF	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE	NF	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	3	
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	NF	
<i>trimethoprim oral tablet</i>	2	
<b>Antimicobacterianos</b>		
<i>cycloserine oral capsule</i>	NF	
<i>dapsone oral tablet</i>	3	
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	3	
<i>isoniazid oral syrup</i>	4	
<i>isoniazid oral tablet</i>	2	
MYAMBUTOL ORAL TABLET 400 MG	NF	
MYCOBUTIN ORAL CAPSULE	NF	
<i>pretomanid oral tablet</i>	4	PA
PRIFTIN ORAL TABLET	4	
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	4	
<i>rifabutin oral capsule</i>	4	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted</i>	2	
<i>rifampin oral capsule</i>	3	
SIRTURO ORAL TABLET	5	PA
TRECTOR ORAL TABLET	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<b>Antiprotozoarios</b>		
<i>atovaquone oral suspension</i>	5	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	3	
<i>benznidazole oral tablet</i>	4	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	4	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	2	
COARTEM ORAL TABLET	4	
DARAPRIM ORAL TABLET	NF	
FLAGYL ORAL CAPSULE	NF	
HUMATIN ORAL CAPSULE	NF	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet</i>	2	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE	NF	
KRINTAFEL ORAL TABLET	4	
LAMPIT ORAL TABLET	4	
MALARONE ORAL TABLET	NF	
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION	NF	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	4	
<i>metronidazole oral capsule</i>	4	
<i>metronidazole oral tablet</i>	2	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	NF	
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	2	PA
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted</i>	4	
PLAQUENIL ORAL TABLET	NF	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	3	
<i>pyrimethamine oral tablet</i>	NF	
QUALAQUIN ORAL CAPSULE	NF	
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	2	PA
SOLOSEC ORAL PACKET	NF	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	4	
<i>tinidazole oral tablet 500 mg</i>	2	
<b>Antivíricos</b>		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	3	
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>acyclovir oral suspension</i>	2	
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	2	PA
<i>adefovir dipivoxil oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
BARACLUDE ORAL SOLUTION	NF	
BARACLUDE ORAL TABLET	NF	
BIKTARVY ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET	5	
COMBIVIR ORAL TABLET	NF	
COMPLERA ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET	5	
DESCOVY ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET	5	
EDURANT ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	4	
<i>efavirenz oral tablet</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet</i>	5	
<i>emtricitabine oral capsule</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 200-300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL CAPSULE	NF	
EMTRIVA ORAL SOLUTION	4	
<i>entecavir oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG	5	PA; QL (168 EA per 365 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; QL (168 EA per 365 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
EPIVIR ORAL SOLUTION	NF	
EPIVIR ORAL TABLET	NF	
EPZICOM ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet</i>	4	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	QL (60 EA per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG	5	PA; QL (168 EA per 365 days)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG	5	PA; QL (336 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	5	PA; QL (168 EA per 365 days)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	NF	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET	5	
ISENTRESS ORAL PACKET	5	
ISENTRESS ORAL TABLET	5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
KALETRA ORAL SOLUTION	NF	
KALETRA ORAL TABLET	NF	
LAGEVRIO ORAL CAPSULE	4	QL (40 EA per 5 days)
<i>lamivudine oral solution</i>	3	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	3	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet</i>	NF	
LEXIVA ORAL SUSPENSION	4	
LEXIVA ORAL TABLET	NF	
LIVTENCITY ORAL TABLET	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	4	QL (240 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet</i>	5	
MAVYRET ORAL PACKET	5	PA; QL (560 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET	5	PA; QL (336 EA per 365 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>nevirapine oral suspension</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET	4	
NORVIR ORAL TABLET	NF	
ODEFSEY ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	3	QL (540 ML per 30 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	copago de \$0; QL (20 EA per 5 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	copago de \$0; QL (30 EA per 5 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	
PIFELTRO ORAL TABLET	5	
PREVYMIS ORAL TABLET	5	
PREZCOBIX ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	NF	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	4	QL (60 EA per 180 days)
RETROVIR ORAL CAPSULE	NF	
RETROVIR ORAL SYRUP	NF	
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	NF	
REYATAZ ORAL PACKET	5	
<i>ribavirin oral capsule</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>rimantadine hcl oral tablet</i>	4	
<i>ritonavir oral tablet</i>	3	QL (360 EA per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	5	QL (60 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION	5	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG	NF	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	4	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet</i>	NF	
SOVALDI ORAL PACKET	5	PA
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG	NF	
STRIBILD ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG	5	QL (4 EA per 28 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG	5	QL (5 EA per 28 days)
SYMFI LO ORAL TABLET	NF	
SYMFI ORAL TABLET	NF	
SYMTUZA ORAL TABLET	5	
TAMIFLU ORAL CAPSULE	NF	
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML	NF	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE	5	QL (180 EA per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET	5	QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	5	QL (180 EA per 30 days)
TRIZIVIR ORAL TABLET	5	QL (60 EA per 30 days)
TRUVADA ORAL TABLET	NF	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
VALCYTE ORAL TABLET	NF	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	NF	
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	3	
VALTREX ORAL TABLET	NF	
VEMLIDY ORAL TABLET	NF	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	5	QL (270 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER	5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 300 MG	NF	
VOSEVI ORAL TABLET	5	PA
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	4	QL (2 EA per 28 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	4	QL (1 EA per 28 days)
ZEPATIER ORAL TABLET	NF	
ZIAGEN ORAL SOLUTION	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
ZIAGEN ORAL TABLET	NF	
<i>zidovudine oral capsule</i>	4	
<i>zidovudine oral syrup</i>	2	
<i>zidovudine oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<b>Agentes Antineoplásicos</b>		
<b>Agentes Antineoplásicos</b>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	4	PA
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	5	PA
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE	NF	
AFINITOR ORAL TABLET	NF	
AKEEGA ORAL TABLET	5	PA
ALECENSA ORAL CAPSULE	5	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET	5	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
AUGTYRO ORAL CAPSULE	5	PA
AYVAKIT ORAL TABLET	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET	5	PA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
<i>bexarotene oral capsule</i>	5	PA
<i>bicalutamide oral tablet</i>	2	
BOSULIF ORAL CAPSULE	5	PA
BOSULIF ORAL TABLET	5	PA
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE	5	PA
CABOMETYX ORAL TABLET	5	PA
CALQUENCE ORAL CAPSULE	5	PA
CALQUENCE ORAL TABLET	5	PA
CAPRELSA ORAL TABLET	5	PA
CASODEX ORAL TABLET	NF	
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	5	PA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	5	PA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT	5	PA
COPIKTRA ORAL CAPSULE	5	PA
COTELLIC ORAL TABLET	5	PA
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	2	PA
<i>cyclophosphamide oral tablet</i>	4	PA
DAURISMO ORAL TABLET	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
DROXIA ORAL CAPSULE	4	
ERIVEDGE ORAL CAPSULE	5	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	4	PA
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>	5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	5	PA
EXKIVITY ORAL CAPSULE	5	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE	5	PA
FRUZAQLA ORAL CAPSULE	5	PA
GAVRETO ORAL CAPSULE	5	PA
<i>gefitinib oral tablet</i>	5	PA
GILOTRIF ORAL TABLET	5	PA
GLEEVEC ORAL TABLET	NF	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	4	PA
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA
HYDREA ORAL CAPSULE	NF	
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE	5	PA
IBRANCE ORAL TABLET	5	PA
ICLUSIG ORAL TABLET	5	PA
IDHIFA ORAL TABLET	5	PA
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	3	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE	5	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	5	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA
INLYTA ORAL TABLET	5	PA
INQOVI ORAL TABLET	5	PA
INREBIC ORAL CAPSULE	5	PA
IRESSA ORAL TABLET	NF	
IWILFIN ORAL TABLET	5	PA
JAKAFI ORAL TABLET	5	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET	5	PA
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
KRAZATI ORAL TABLET	5	PA
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	5	PA
<i>lenalidomide oral capsule</i>	5	PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
LEUKERAN ORAL TABLET	5	
LONSURF ORAL TABLET	5	PA
LORBRENA ORAL TABLET	5	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET	5	PA
LYNPARZA ORAL TABLET	5	PA
LYSODREN ORAL TABLET	5	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
MATULANE ORAL CAPSULE	5	
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
MEKINIST ORAL TABLET	5	PA
MEKTOVI ORAL TABLET	5	PA
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	3	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	3	
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	3	
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	2	PA
NERLYNX ORAL TABLET	5	PA
NEXAVAR ORAL TABLET	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
NILANDRON ORAL TABLET	NF	
<i>nilutamide oral tablet</i>	5	
NINLARO ORAL CAPSULE	5	PA
NUBEQA ORAL TABLET	5	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE	5	PA
OGSIVEO ORAL TABLET	5	PA
OJJAARA ORAL TABLET	5	PA
ONUREG ORAL TABLET	5	PA
ORSERDU ORAL TABLET	5	PA
<i>pazopanib hcl oral tablet</i>	5	PA
PEMAZYRE ORAL TABLET	5	PA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
POMALYST ORAL CAPSULE	5	PA
PURIXAN ORAL SUSPENSION	5	
QINLOCK ORAL TABLET	5	PA
RETEVMO ORAL CAPSULE	5	PA
REVLIMID ORAL CAPSULE	5	PA
REZLIDHIA ORAL CAPSULE	5	PA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE	5	PA
ROZLYTREK ORAL PACKET	5	PA
RUBRACA ORAL TABLET	5	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE	5	PA
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	4	
SIKLOS ORAL TABLET 1000 MG	NF	
<i>sorafenib tosylate oral tablet</i>	5	PA
SPRYCEL ORAL TABLET	5	PA
STIVARGA ORAL TABLET	5	PA
<i>sunitinib malate oral capsule</i>	5	PA
SUTENT ORAL CAPSULE	NF	
TABLOID ORAL TABLET	4	
TABRECTA ORAL TABLET	5	PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE	5	PA
TAGRISSO ORAL TABLET	5	PA
TALZENNA ORAL CAPSULE	5	PA
TARGRETIN ORAL CAPSULE	NF	
TASIGNA ORAL CAPSULE	5	PA
TAZVERIK ORAL TABLET	5	PA
TEPMETKO ORAL TABLET	5	PA
TIBSOVO ORAL TABLET	5	PA
<i>tretinoin oral capsule</i>	5	
TREXALL ORAL TABLET	4	PA
TRUQAP ORAL TABLET	5	PA
TUKYSA ORAL TABLET	5	PA
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA
TYKERB ORAL TABLET	NF	
VANFLYTA ORAL TABLET	5	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
VERZENIO ORAL TABLET	5	PA
VITRAKVI ORAL CAPSULE	5	PA
VITRAKVI ORAL SOLUTION	5	PA
VIZIMPRO ORAL TABLET	5	PA
VONJO ORAL CAPSULE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET	5	PA
WELIREG ORAL TABLET	5	PA
XALKORI ORAL CAPSULE	5	PA
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE	5	PA
XATMEP ORAL SOLUTION	4	PA
XOSPATA ORAL TABLET	5	PA
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	5	PA
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
XTANDI ORAL CAPSULE	5	PA
XTANDI ORAL TABLET	5	PA
YONSA ORAL TABLET	NF	
ZEJULA ORAL CAPSULE	5	PA
ZEJULA ORAL TABLET	5	PA
ZELBORAF ORAL TABLET	5	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE	5	PA
ZYDELIG ORAL TABLET	5	PA
ZYKADIA ORAL TABLET	5	PA
ZYTIGA ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Para El Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Agentes Anorexígenos Y Estimulantes Respiratorios Y Del Snc</b>		
ADDERALL ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 7.5 MG	NF	
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE	NF	
<i>amphetamine sulfate oral tablet</i>	2	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>amphet-dextroamphetamine 3-bead er oral capsule extended release 24 hour</i>	NF	
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
AZSTARYS ORAL CAPSULE	NF	
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE	NF	
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH	NF	
DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	NF	
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet</i>	NF	
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</i>	NF	
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution</i>	NF	
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	4	QL (150 EA per 30 days)
DYANAVEL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE	NF	
DYANAVEL XR ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE	NF	
EVEKEO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE	NF	
EVEKEO ORAL TABLET	NF	
FOCALIN ORAL TABLET	NF	
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule</i>	NF	
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable</i>	NF	
<i>methamphetamine hcl oral tablet</i>	NF	
METHYLIN ORAL SOLUTION	NF	
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release</i>	NF	
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour</i>	NF	
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release</i>	NF	
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour</i>	NF	
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release</i>	NF	
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	2	QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate transdermal patch</i>	NF	
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
MYDAYIS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
NUVIGIL ORAL TABLET	NF	
PROCENTRA ORAL SOLUTION	NF	
PROVIGIL ORAL TABLET	NF	
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE	NF	
QUILLIVANT XR ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER	NF	
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG, 36 MG, 45 MG, 63 MG	NF	
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	NF	
RITALIN ORAL TABLET	NF	
SUNOSI ORAL TABLET	NF	
VYVANSE ORAL CAPSULE	NF	
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE	NF	
WAKIX ORAL TABLET	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH	NF	
ZENZEDI ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Antijaquecosos</b>		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
<i>almotriptan malate oral tablet</i>	NF	
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	NF	
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	4	QL (6 EA per 30 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (3 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; QL (1 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL (1 ML per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	3	
FROVA ORAL TABLET	NF	
<i>frovatriptan succinate oral tablet</i>	NF	
IMITREX ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 6 MG/0.5ML	NF	
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML	NF	
MAXALT ORAL TABLET 10 MG	NF	
MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	NF	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY	NF	
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	4	QL (8 EA per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE	5	PA; QL (18 EA per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER	NF	
QULIPTA ORAL TABLET	NF	
RELPAZ ORAL TABLET	NF	
REYVOW ORAL TABLET	NF	
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	2	QL (12 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</i>	2	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/lact</i>	4	QL (8 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/lact</i>	4	QL (32 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i>	2	QL (8 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge</i>	4	QL (8 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	4	QL (8 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector</i>	4	QL (8 ML per 30 days)
<i>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet</i>	NF	
TOSYMRA NASAL SOLUTION	NF	
TREXIMET ORAL TABLET 85-500 MG	NF	
UBRELVY ORAL TABLET	5	PA; QL (16 EA per 30 days)
ZAVZPRET NASAL SOLUTION	NF	
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
<i>zolmitriptan nasal solution 5 mg</i>	NF	
<i>zolmitriptan oral tablet</i>	2	QL (6 EA per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible</i>	2	QL (6 EA per 30 days)
ZOMIG NASAL SOLUTION	NF	
<b>Agentes Antiparkinsonianos</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	3	
<i>amantadine hcl oral solution</i>	3	
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	3	
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	5	PA
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge</i>	5	PA
AZILECT ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	4	
<i>cabergoline oral tablet</i>	2	
<i>carbidopa oral tablet</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</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	
COMTAN ORAL TABLET	NF	
DHIVY ORAL TABLET 25-100 MG	NF	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION	NF	
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5	PA
<i>entacapone oral tablet</i>	3	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
INBRIJA INHALATION CAPSULE	5	PA
LODOSYN ORAL TABLET	NF	
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG	NF	
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	4	
ONGENTYS ORAL CAPSULE	NF	
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 129 MG, 193 MG	NF	
PARLODEL ORAL CAPSULE	NF	
PARLODEL ORAL TABLET	NF	
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	2	
<i>rasagiline mesylate oral tablet</i>	4	
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	2	
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	NF	
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	3	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	3	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
SINEMET ORAL TABLET 10-100 MG, 25-100 MG	NF	
STALEVO 100 ORAL TABLET	NF	
STALEVO 125 ORAL TABLET	NF	
STALEVO 150 ORAL TABLET	NF	
STALEVO 200 ORAL TABLET	NF	
STALEVO 50 ORAL TABLET	NF	
STALEVO 75 ORAL TABLET	NF	
TASMAR ORAL TABLET 100 MG	NF	
<i>tolcapone oral tablet</i>	NF	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE	NF	
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release</i>	2	
<i>lithium carbonate oral capsule</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	2	
<i>lithium oral solution</i>	2	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
<b>Agentes Contra La Fibromialgia</b>		
SAVELLA ORAL TABLET	4	ST
SAVELLA TITRATION PACK ORAL	4	ST
<b>Agentes Para El Sistema Nervioso Central, Varios</b>		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	4	
<i>atomoxetine hcl oral capsule</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
DAYBUE ORAL SOLUTION	5	PA; QL (3600 ML per 30 days)
EXSERVAN ORAL FILM	NF	
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 4 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
LUMRYZ ORAL PACKET	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	2	
<i>memantine hcl oral tablet</i>	2	
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET	NF	
NAMENDA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14 MG, 21 MG, 28 MG	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK	3	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	
NOURIANZ ORAL TABLET	5	PA
NUEDEXTA ORAL CAPSULE	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION	5	PA
RELYVRIO ORAL PACKET	NF	
RILUTEK ORAL TABLET	NF	
<i>riluzole oral tablet</i>	4	
<i>sodium oxybate oral solution</i>	5	PA; QL (540 ML per 30 days)
STRATTERA ORAL CAPSULE	NF	
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION	NF	
VEOZAH ORAL TABLET	NF	
XYREM ORAL SOLUTION	5	PA; QL (540 ML per 30 days)
XYWAV ORAL SOLUTION	5	PA; QL (540 ML per 30 days)
<b>Agentes Psicoterapéuticos</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	5	PA
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	5	
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	5	
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 15 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	NF	
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	NF	
ABILIFY ORAL TABLET	NF	
<i>amitriptyline hcl oral tablet</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet</i>	3	
ANAFRANIL ORAL CAPSULE	NF	
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>aripiprazole oral solution</i>	2	
<i>aripiprazole oral tablet</i>	3	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible</i>	5	
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	5	
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	5	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual</i>	4	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	2	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour</i>	2	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	3	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	NF	
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	3	
CAPLYTA ORAL CAPSULE	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
CELEXA ORAL TABLET	NF	
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet</i>	NF	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate</i>	2	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide oral capsule</i>	4	ST
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i>	1	
<i>clomipramine hcl oral capsule</i>	4	
<i>clozapine oral tablet</i>	3	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	5	
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	NF	
CLOZARIL ORAL TABLET 200 MG	4	
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY	4	
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	NF	
<i>desipramine hcl oral tablet</i>	4	
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>doxepin hcl oral capsule</i>	3	
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	3	
<i>doxepin hcl oral tablet</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles</i>	3	
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
FANAPT ORAL TABLET	5	ST
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	4	ST
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK	4	ST
<i>fluoxetine hcl (pddd) oral tablet</i>	2	
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	2	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	2	QL (4 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	2	
<i>fluoxetine hcl oral tablet</i>	NF	
<i>fluphenazine decanoate injection solution</i>	4	
<i>fluphenazine hcl injection solution</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i>	4	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour</i>	NF	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet</i>	3	
FORFIVO XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
GEODON ORAL CAPSULE	NF	
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML	NF	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution</i>	2	
<i>haloperidol lactate injection solution</i>	4	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 20 mg</i>	3	
<i>imipramine hcl oral tablet</i>	2	
<i>imipramine pamoate oral capsule</i>	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	5	QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	5	QL (5 ML per 180 days)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG, 6 MG, 9 MG	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	5	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	4	
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	5	QL (1 ML per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	5	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
LEXAPRO ORAL TABLET	NF	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg</i>	3	
<i>loxapine succinate oral capsule 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET	4	
<i>mirtazapine oral tablet</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 45 mg</i>	3	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 30 mg</i>	2	
<i>molindone hcl oral tablet</i>	4	
NARDIL ORAL TABLET	NF	
<i>nefazodone hcl oral tablet</i>	4	
NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	NF	
<i>nortriptyline hcl oral capsule</i>	2	
<i>nortriptyline hcl oral solution</i>	4	
NUPLAZID ORAL CAPSULE	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted</i>	3	
<i>olanzapine oral tablet</i>	3	
<i>olanzapine oral tablet dispersible</i>	4	
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule</i>	4	
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
PAMELOR ORAL CAPSULE	NF	
PARNATE ORAL TABLET	NF	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	2	
<i>paroxetine mesylate oral capsule</i>	NF	
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
PAXIL ORAL SUSPENSION	NF	
PAXIL ORAL TABLET	NF	
<i>perphenazine oral tablet</i>	4	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet</i>	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	5	
<i>phenelzine sulfate oral tablet</i>	3	
<i>pimozide oral tablet</i>	4	
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository</i>	4	
<i>protriptyline hcl oral tablet</i>	4	
PROZAC ORAL CAPSULE	NF	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>quetiapine fumarate oral tablet</i>	2	
REMERON ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	NF	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE	NF	
REXULTI ORAL TABLET	5	ST
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG	4	QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG	5	QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	5	
RISPERDAL ORAL SOLUTION	NF	
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	NF	
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg</i>	4	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 25 mg</i>	5	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	5	
<i>risperidone oral solution</i>	2	
<i>risperidone oral tablet</i>	2	
<i>risperidone oral tablet dispersible</i>	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	NF	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	5	ST
SEROQUEL ORAL TABLET	NF	
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>sertraline hcl oral capsule</i>	4	ST
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	1	
<i>sertraline hcl oral tablet</i>	1	
SILENOR ORAL TABLET	NF	
SYMBYAX ORAL CAPSULE 3-25 MG, 6-25 MG	NF	
<i>thioridazine hcl oral tablet</i>	3	
<i>thiothixene oral capsule</i>	4	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet</i>	4	
<i>trazodone hcl oral tablet</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	3	
<i>trimipramine maleate oral capsule</i>	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET	4	QL (30 EA per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	5	ST; QL (0.28 ML per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	5	ST; QL (0.35 ML per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	5	ST; QL (0.42 ML per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	5	ST; QL (0.56 ML per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	5	ST; QL (0.7 ML per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	5	ST; QL (0.14 ML per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	5	ST; QL (0.21 ML per 30 days)
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	2	
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>venlafaxine hcl oral tablet</i>	2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION	5	
VIIBRYD ORAL TABLET	NF	
<i>vilazodone hcl oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	5	ST; QL (30 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK	4	ST; QL (14 EA per 365 days)
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	NF	
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>ziprasidone hcl oral capsule</i>	3	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted</i>	2	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE	NF	
ZOLOFT ORAL TABLET	NF	
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZYPREXA INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
ZYPREXA ORAL TABLET	NF	
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	4	
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE	NF	
<b>Analgésicos Y Antipiréticos</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i>	3	NDS; QL (2700 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i>	3	NDS; QL (180 EA per 30 days)
ALLZITAL ORAL TABLET	NF	
<i>apap-caff-dihydrocodeine oral capsule</i>	NF	NDS
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
ASCOMP-CODEINE ORAL CAPSULE	NF	NDS
BELBUCA BUCCAL FILM	NF	NDS
BUPAP ORAL TABLET 50-300 MG	NF	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual</i>	2	QL (120 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</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly</i>	4	NDS; QL (4 EA per 28 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule</i>	NF	
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	NF	
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	4	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule</i>	4	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule</i>	3	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	3	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</i>	NF	NDS
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i>	2	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	NF	NDS
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	NF	NDS
CAMBIA ORAL PACKET	NF	
CELEBREX ORAL CAPSULE	NF	
<i>celecoxib oral capsule</i>	3	
<i>codeine sulfate oral tablet</i>	NF	NDS
CONZIP ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	NDS
DAYPRO ORAL TABLET	NF	
DEMEROL INJECTION SOLUTION 25 MG/ML, 50 MG/ML	NF	NDS
<i>diclofenac epolamine external patch</i>	NF	
<i>diclofenac potassium oral capsule</i>	NF	
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	NF	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	4	
<i>diclofenac potassium(migraine) oral packet</i>	NF	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release</i>	2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release</i>	4	
<i>diflunisal oral tablet</i>	2	
DILAUDID ORAL LIQUID	NF	NDS
DILAUDID ORAL TABLET	NF	NDS
DUEXIS ORAL TABLET	NF	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	
ELYXYB ORAL SOLUTION	NF	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	NF	NDS
ESGIC ORAL TABLET	NF	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>etodolac oral capsule</i>	3	
<i>etodolac oral tablet</i>	3	
FELDENE ORAL CAPSULE	NF	
<i>fenoprofen calcium oral capsule 400 mg</i>	NF	
<i>fenoprofen calcium oral tablet</i>	NF	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet</i>	NF	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	PA; NDS; QL (15 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	4	NDS; QL (15 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 87.5 mcg/hr</i>	5	PA; NDS; QL (15 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	NF	
FIORICET ORAL CAPSULE	NF	
FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE 50-300-40-30 MG	NF	NDS
FLECTOR EXTERNAL PATCH	NF	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	NF	
<i>gabapentin (once-daily) oral tablet</i>	NF	
GRALISE ORAL TABLET	NF	
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour</i>	4	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent</i>	NF	NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	3	NDS; QL (3600 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	4	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg</i>	NF	NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	2	NDS; QL (150 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	4	NDS; QL (1500 ML per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	3	NDS; QL (240 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	3	PA; NDS; QL (240 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	2	PA; NDS
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT	NF	NDS
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	4	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	2	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet</i>	4	PA
INDOCIN ORAL SUSPENSION	NF	
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY	NF	
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	2	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	NF	
<i>indomethacin oral suspension</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	NF	
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour</i>	NF	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>	NF	
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>	4	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	4	PA; QL (20 EA per 30 days)
<i>levorphanol tartrate oral tablet</i>	NF	NDS
LICART EXTERNAL PATCH 24 HOUR	NF	
LODINE ORAL TABLET	NF	
LOFENA ORAL TABLET	NF	
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>meclofenamate sodium oral capsule</i>	NF	
<i>mefenamic acid oral capsule</i>	NF	
<i>meloxicam oral capsule</i>	NF	
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml, 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	NF	NDS
<i>meperidine hcl oral solution</i>	NF	NDS
<i>meperidine hcl oral tablet 50 mg</i>	NF	NDS
<i>methadone hcl oral solution</i>	3	PA; NDS
<i>methadone hcl oral tablet</i>	3	PA; NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	2	NDS; QL (150 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg</i>	4	NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	3	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	3	NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution</i>	3	NDS; QL (1000 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	3	NDS; QL (180 EA per 30 days)
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	NDS
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	2	
NALFON ORAL CAPSULE 400 MG	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
NALFON ORAL TABLET	NF	
<i>nalocet oral tablet</i>	NF	NDS
NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 375 MG, 500 MG, 750 MG	NF	
NAPROSYN ORAL SUSPENSION	NF	
<i>naproxen oral suspension</i>	NF	
<i>naproxen oral tablet</i>	1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	1	
<i>naproxen sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	NF	
<i>naproxen-esomeprazole mg oral tablet delayed release</i>	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>norgesic forte oral tablet</i>	NF	
NORGESIC ORAL TABLET	5	PA
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	NF	NDS
NUCYNTA ORAL TABLET	NF	NDS
<i>orphenadrine-aspirin-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	5	PA
<i>oxaprozin oral tablet</i>	2	
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 20 mg</i>	NF	NDS
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	4	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	3	NDS; QL (180 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	4	NDS; QL (900 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	3	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5ml</i>	NF	NDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	NF	NDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	4	NDS; QL (240 EA per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT	NF	NDS
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	4	NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>oxymorphone hcl oral tablet</i>	NF	NDS
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet</i>	NF	NDS
PERCOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	NF	NDS

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>piroxicam oral capsule</i>	4	
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
PROLATE ORAL SOLUTION	NF	NDS
PROLATE ORAL TABLET	NF	NDS
QDOLO ORAL SOLUTION	NF	
RELAFEN DS ORAL TABLET	NF	
ROXICODONE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	NF	NDS
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT	NF	NDS
SEGLENTIS ORAL TABLET	NF	NDS
SPRIX NASAL SOLUTION	NF	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM	NF	
<i>sulindac oral tablet</i>	4	
TENCON ORAL TABLET 50-325 MG	NF	
<i>tolmetin sodium oral capsule</i>	NF	
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	NF	NDS
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	NDS
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral solution</i>	NF	NDS
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	NF	NDS
<i>tramadol hcl oral tablet 25 mg</i>	NF	
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	2	NDS; QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	2	NDS; QL (240 EA per 30 days)
TREZIX ORAL CAPSULE 320.5-30-16 MG	NF	NDS
VIMOVO ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT	3	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ZIPSOR ORAL CAPSULE	NF	
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG, 5.7-1.4 MG	4	QL (90 EA per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG, 2.9-0.71 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
<b>Ansiolíticos, Sedantes Y Somníferos</b>		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet dispersible</i>	NF	
AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
AMBIEN ORAL TABLET	NF	
ATIVAN ORAL TABLET	NF	
BELSOMRA ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>bupirone hcl oral tablet</i>	2	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule</i>	NF	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg, 7.5 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
DAYVIGO ORAL TABLET	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE	2	QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	NF	
<i>estazolam oral tablet</i>	NF	
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 3 mg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>flurazepam hcl oral capsule</i>	NF	
HALCION ORAL TABLET	NF	
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION	5	PA
HETLIOZ ORAL CAPSULE	5	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	NF	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	NF	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE	2	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE	NF	
LUNESTA ORAL TABLET	NF	
<i>meprobamate oral tablet</i>	NF	
<i>oxazepam oral capsule</i>	NF	
<i>phenobarbital oral elixir</i>	2	QL (1500 ML per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 97.2 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
QUVIVIQ ORAL TABLET	NF	
<i>ramelteon oral tablet</i>	NF	
RESTORIL ORAL CAPSULE	NF	
ROZEREM ORAL TABLET	NF	
<i>tasimelteon oral capsule</i>	5	PA
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet</i>	NF	
VALIUM ORAL TABLET	NF	
VISTARIL ORAL CAPSULE 25 MG	NF	
XANAX ORAL TABLET	NF	
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>zaleplon oral capsule</i>	NF	
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 6.25 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral capsule</i>	NF	
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual</i>	NF	
<b>Antagonistas De Opiáceos</b>		
KLOXXADO NASAL LIQUID	NF	
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe</i>	2	
<i>naloxone hcl nasal liquid</i>	2	
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	3	
OPVEE NASAL SOLUTION	NF	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
<b>Anticonvulsivos</b>		
APTIOM ORAL TABLET	5	
BANZEL ORAL SUSPENSION	NF	
BANZEL ORAL TABLET	NF	
BRIVIACT ORAL SOLUTION	5	
BRIVIACT ORAL TABLET	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>carbamazepine oral suspension</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet chewable</i>	2	
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	NF	
CELONTIN ORAL CAPSULE	NF	
<i>clobazam oral suspension</i>	4	QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (270 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (270 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE	NF	
DIACOMIT ORAL CAPSULE	5	PA
DIACOMIT ORAL PACKET	5	PA
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG	NF	
<i>diazepam rectal gel</i>	2	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE	NF	
DILANTIN ORAL CAPSULE	4	
DILANTIN ORAL SUSPENSION	NF	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	3	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release</i>	3	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION	5	PA
EPITOL ORAL TABLET	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION	4	ST
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	4	
<i>ethosuximide oral capsule</i>	2	
<i>ethosuximide oral solution</i>	2	
<i>felbamate oral suspension</i>	5	
<i>felbamate oral tablet</i>	4	
FELBATOL ORAL TABLET	NF	
FINTEPLA ORAL SOLUTION	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	5	
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	
<i>gabapentin oral capsule</i>	2	
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	2	
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	2	
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
KEPPRA ORAL SOLUTION	NF	
KEPPRA ORAL TABLET	NF	
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
KLONOPIN ORAL TABLET	NF	
<i>lacosamide oral solution</i>	4	
<i>lacosamide oral tablet</i>	4	
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE	NF	
LAMICTAL ORAL TABLET	NF	
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG, 5 MG	NF	
LAMICTAL STARTER ORAL KIT	NF	
LAMICTAL XR ORAL KIT	NF	
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg &amp; 7 x 50 mg, 42 x 50 mg &amp; 14x100 mg</i>	NF	
<i>lamotrigine oral kit 25 &amp; 50 &amp; 100 mg</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet chewable</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit</i>	2	
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit</i>	NF	
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit</i>	2	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>levetiracetam oral solution</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	
LYRICA ORAL CAPSULE	NF	
LYRICA ORAL SOLUTION	NF	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>methsuximide oral capsule</i>	4	
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
MYSOLINE ORAL TABLET	NF	
NAYZILAM NASAL SOLUTION	5	PA; QL (10 EA per 30 days)
NEURONTIN ORAL CAPSULE	NF	
NEURONTIN ORAL SOLUTION	NF	
NEURONTIN ORAL TABLET	NF	
ONFI ORAL SUSPENSION	NF	
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	NF	
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	3	
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	3	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
PHENYTEK ORAL CAPSULE	4	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	
<i>phenytoin oral tablet chewable</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 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</i>	3	QL (900 ML per 30 days)
<i>primidone oral tablet</i>	2	
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE	NF	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	2	
<i>rufinamide oral suspension</i>	5	
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	5	
SABRIL ORAL PACKET	NF	
SABRIL ORAL TABLET	NF	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE	4	
SUBVENITE ORAL TABLET	2	
SUBVENITE STARTER KIT-BLUE ORAL KIT	2	
SUBVENITE STARTER KIT-GREEN ORAL KIT	5	
SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE ORAL KIT	2	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION	NF	
TEGRETOL ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	NF	
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	4	
TOPAMAX ORAL TABLET	NF	
TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE	NF	
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle</i>	NF	
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	5	
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	2	
<i>topiramate oral tablet</i>	2	
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION	NF	
TRILEPTAL ORAL TABLET	NF	
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>valproic acid oral capsule</i>	2	
<i>valproic acid oral solution</i>	2	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID	5	PA; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK	5	PA; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK	5	PA; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID	5	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet</i>	5	
<i>vigabatrin oral tablet</i>	5	
VIGADRONE ORAL PACKET	5	
VIGADRONE ORAL TABLET	5	
VIGPODER ORAL PACKET	5	
VIMPAT ORAL SOLUTION	5	
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	NF	
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	5	ST
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	ST
XCOPRI ORAL TABLET	5	ST
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	4	ST
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	5	ST
ZARONTIN ORAL CAPSULE	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
ZARONTIN ORAL SOLUTION	NF	
ZONEGRAN ORAL CAPSULE	NF	
ZONISADE ORAL SUSPENSION	5	ST
<i>zonisamide oral capsule</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION	5	PA
<b>Inhibidores Del Transportador Vesicular 2 De Monoaminas (Vmat2)</b>		
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)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA; QL (56 EA per 365 days)
<i>tetrabenazine oral tablet</i>	4	PA
XENAZINE ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Para Infecciones De Las Vías Respiratorias</b>		
<b>Agentes Antifibróticos</b>		
ESBRIET ORAL CAPSULE	5	PA
ESBRIET ORAL TABLET	5	PA
OFEV ORAL CAPSULE	5	PA
<i>pirfenidone oral capsule</i>	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet</i>	5	PA
<b>Agentes Antiinflamatorios</b>		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	5	PA
<i>cromolyn sodium oral concentrate</i>	4	
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML	5	PA
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE	NF	
<i>montelukast sodium oral packet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
SINGULAIR ORAL PACKET	NF	
SINGULAIR ORAL TABLET	NF	
SINGULAIR ORAL TABLET CHEWABLE	NF	
<i>zafirlukast oral tablet</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour</i>	NF	
ZYFLO ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Mucolíticos</b>		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	5	PA
<b>Agentes Para Infecciones De Las Vías Respiratorias, Varios</b>		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	5	PA
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE	5	
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION	NF	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	5	PA
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET	5	PA
<i>ambrisentan oral tablet</i>	5	PA
<i>bosentan oral tablet</i>	5	PA
LETAIRIS ORAL TABLET	NF	
OPSUMIT ORAL TABLET	5	PA
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	5	PA
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	5	PA
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	5	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
TRACLEER ORAL TABLET	5	PA
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 112 X 32MCG & 112 X48MCG	5	PA; QL (224 EA per 28 days)
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG	5	PA; QL (112 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG	5	PA; QL (504 EA per 365 days)
UPTRAVI ORAL TABLET	NF	
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
VENTAVIS INHALATION SOLUTION	5	PA; QL (270 ML per 30 days)
<b>Inhibidores De La Fosfodiesterasa 4</b>		
DALIRESP ORAL TABLET	NF	
<i>roflumilast oral tablet</i>	4	
<b>Moduladores Reguladores De Conductancia Transmembrana De La Fibrosis Quística</b>		
KALYDECO ORAL PACKET	5	PA
KALYDECO ORAL TABLET	5	PA
ORKAMBI ORAL PACKET	5	PA; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK	5	PA
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
CHEMET ORAL CAPSULE	NF	
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG	NF	
CUVRIOR ORAL TABLET	NF	
<i>deferasirox granules oral packet</i>	5	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	3	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	5	PA
<i>deferiprone oral tablet</i>	5	PA
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET	NF	
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE	NF	
FERRIPROX ORAL SOLUTION	5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG	NF	
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET	5	PA
JADENU ORAL TABLET	NF	
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>penicillamine oral capsule</i>	5	
<i>penicillamine oral tablet</i>	5	
SYPRINE ORAL CAPSULE	NF	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	5	
<i>trientine hcl oral capsule 500 mg</i>	NF	
<b>Anticonceptivos</b>		
<b><i>Anticonceptivos</i></b>		
PHEXXI VAGINAL GEL	NF	
<b>Antitoxinas, Concentrado De Inmunoglobulinas, Toxoides Y Vacunas</b>		
<b><i>Antitoxinas E Inmunoglobulina</i></b>		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	5	PA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML	5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	5	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	5	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	5	PA
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 2 GM/20ML	5	PA
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML	5	PA
<b><i>Extractos Alergicos</i></b>		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	4	PA
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	4	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	4	PA
<b><i>Toxoides</i></b>		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension</i>	3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE	3	
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted</i>	3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
IPOL INJECTION INJECTABLE	3	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	PA
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION	3	PA
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	
<b>Balance Electrolítico, Calórico Y Hídrico</b>		
<b>Agentes Alcalinizantes</b>		
<i>potassium citrate er oral tablet extended release</i>	3	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
UROCIT-K 5 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
<b>Agentes Calóricos</b>		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
<i>dextrose intravenous solution 10 %</i>	3	
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	2	
DOJOLVI ORAL LIQUID	5	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION	4	PA
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION	4	PA
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	PA
<b>Agentes Eliminadores De Iones</b>		
AURYXIA ORAL TABLET	NF	
FOSRENOL ORAL PACKET	NF	
FOSRENOL ORAL TABLET CHEWABLE 1000 MG, 500 MG, 750 MG	NF	
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable</i>	NF	
LOKELMA ORAL PACKET	4	
RENVELA ORAL PACKET	NF	
RENVELA ORAL TABLET	NF	
<i>sevelamer carbonate oral packet</i>	NF	
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	4	
<i>sevelamer hcl oral tablet</i>	NF	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	
SPS ORAL SUSPENSION	3	
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE	NF	
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 8.4 GM	5	
VELTASSA ORAL PACKET 25.2 GM	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<b>Agentes Uricosúricos</b>		
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	3	
<i>probenecid oral tablet</i>	3	
<b>Desintoxicantes De Amoníaco</b>		
BUPHENYL ORAL POWDER 3 GM/TSP	NF	
BUPHENYL ORAL TABLET	NF	
CARBAGLU ORAL TABLET SOLUBLE	NF	
<i>carglumic acid oral tablet soluble</i>	5	PA
<i>constulose oral solution</i>	2	
<i>enulose oral solution</i>	2	
<i>generlac oral solution</i>	2	
KRISTALOSE ORAL PACKET	NF	
<i>lactulose oral packet</i>	NF	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	2	
LITHOSTAT ORAL TABLET	NF	
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	NF	
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	NF	
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	NF	
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	NF	
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	NF	
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	NF	
PHEBURANE ORAL PELLETT	NF	
RAVICTI ORAL LIQUID	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	NF	
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	NF	
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride hcl oral tablet</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>bumetanide injection solution</i>	3	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet 2 mg</i>	3	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
DIURIL ORAL SUSPENSION	4	
DYRENIUM ORAL CAPSULE	NF	
EDECRIN ORAL TABLET	NF	
<i>ethacrynic acid oral tablet</i>	4	
FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT	NF	
<i>furosemide injection solution</i>	1	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral tablet</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>indapamide oral tablet</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET	NF	
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
LASIX ORAL TABLET	NF	
<i>metolazone oral tablet</i>	3	
SAMSCA ORAL TABLET	NF	
SOAANZ ORAL TABLET	NF	
THALITONE ORAL TABLET	NF	
<i>tolvaptan oral tablet</i>	5	PA
<i>toremide oral tablet</i>	2	
<i>triamterene oral capsule</i>	NF	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hctz oral tablet</i>	1	
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule</i>	3	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	3	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %</i>	2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	4	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	4	
ISOLYTE-S PH 7.4 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-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	4	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%</i>	2	
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution</i>	NF	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	2	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	4	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	2	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	2	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	4	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	2	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	NF	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	4	
<i>potassium chloride oral packet</i>	4	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	4	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	4	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 3 %, 5 %</i>	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.9 %</i>	4	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	4	
<b>Soluciones De Irrigación</b>		
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	3	
<b>Compuestos De Oro</b>		
<b>Compuestos De Oro</b>		
RIDAURA ORAL CAPSULE	NF	
<b>Dispositivos</b>		
<b>Dispositivos</b>		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	3	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	3	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	3	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	3	
<i>global alcohol prep ease pad</i>	3	
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	3	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	3	
<b>Enzimas</b>		
<b>Enzimas</b>		
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION	5	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<b>Espasmolíticos</b>		
<b>Espasmolíticos Genitourinarios</b>		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
DETROL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
DETROL ORAL TABLET	NF	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	4	
<i>flavoxate hcl oral tablet</i>	NF	
GEMTESA ORAL TABLET	NF	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>oxybutynin chloride oral solution</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	NF	
<i>solifenacin succinate oral tablet</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>tolterodine tartrate oral tablet</i>	3	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>trospium chloride oral tablet</i>	2	
VESICARE LS ORAL SUSPENSION	NF	
VESICARE ORAL TABLET	NF	
<b>Espasmolíticos Respiratorios</b>		
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	4	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg</i>	2	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>theophylline oral solution</i>	2	
<b>Fármacos Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos De Primera Generación</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral solution</i>	NF	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	NF	
<i>clemastine fumarate oral syrup</i>	5	PA
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	4	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet</i>	2	
<i>promethazine hcl oral syrup</i>	2	PA
<i>promethazine hcl oral tablet</i>	2	PA
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	2	PA
<i>promethazine vc oral syrup</i>	NF	
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 25 MG, 50 MG	2	PA
RYCLORA ORAL SOLUTION	NF	
RYVENT ORAL TABLET	NF	
<b>Antihistamínicos De Segunda Generación</b>		
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	NF	
CLARINEX ORAL TABLET	NF	
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	NF	
<i>desloratadine oral tablet</i>	3	
<i>desloratadine oral tablet dispersible</i>	NF	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</i>	2	
<b>Fármacos Cardiovasculares</b>		
INPEFA ORAL TABLET 400 MG	NF	
<b>Agentes Antilipémicos</b>		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION	NF	
<i>atorvastatin calcium oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>cholestyramine light oral packet</i>	4	
<i>cholestyramine oral packet</i>	4	
<i>colesevelam hcl oral packet</i>	NF	
<i>colesevelam hcl oral tablet</i>	4	
COLESTID ORAL TABLET	NF	
<i>colestipol hcl oral packet</i>	3	
<i>colestipol hcl oral tablet</i>	3	
CRESTOR ORAL TABLET	NF	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE	NF	
<i>ezetimibe oral tablet</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 43 mg</i>	NF	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i>	NF	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release</i>	3	
FENOGLIDE ORAL TABLET	NF	
<i>flolipid oral suspension</i>	NF	
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	1	
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	1	
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	2	
<i>icosapent ethyl oral capsule</i>	4	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	5	PA
LESCOL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
LIPITOR ORAL TABLET	NF	
LIPOFEN ORAL CAPSULE	NF	
LIVALO ORAL TABLET	3	
LOPID ORAL TABLET	NF	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
LOVAZA ORAL CAPSULE	NF	
NEXLETOL ORAL TABLET	4	PA
NEXLIZET ORAL TABLET	4	PA
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	NF	
<i>pitavastatin calcium oral tablet</i>	1	
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
PREVALITE ORAL PACKET	4	
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER	NF	
QUESTRAN ORAL POWDER	NF	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	PA; QL (3.5 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	QL (45 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
TRICOR ORAL TABLET	NF	
TRILIPIX ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	NF	
VASCEPA ORAL CAPSULE	3	
VYTORIN ORAL TABLET	NF	
WELCHOL ORAL PACKET	NF	
WELCHOL ORAL TABLET	NF	
ZETIA ORAL TABLET	NF	
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	NF	
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG, 4 MG	NF	
<b>Agentes De Los Bloqueadores De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas</b>		
<i>levamlodipine maleate oral tablet</i>	NF	
<b>Agentes De Los Bloqueadores De Los Canales De Calcio</b>		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule</i>	1	
<i>amlodipine besylate oral tablet</i>	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet</i>	1	
AZOR ORAL TABLET	NF	
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG, 5-80 MG	NF	
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG, 30 MG, 60 MG	NF	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	2	
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	NF	
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
EXFORGE HCT ORAL TABLET	NF	
EXFORGE ORAL TABLET	NF	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>isradipine oral capsule</i>	2	
KATERZIA ORAL SUSPENSION	NF	
LOTREL ORAL CAPSULE 10-20 MG, 10-40 MG, 5-10 MG, 5-20 MG	NF	
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	
<i>nicardipine hcl oral capsule</i>	4	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour</i>	3	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	NF	
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</i>	2	
<i>nimodipine oral capsule</i>	4	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
NORLIQVA ORAL SOLUTION	NF	
NORVASC ORAL TABLET	NF	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	NF	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet</i>	1	
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 34 MG, 8.5 MG	NF	
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet</i>	1	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release</i>	1	
TRIBENZOR ORAL TABLET	NF	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	3	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release</i>	2	
<i>verapamil hcl oral tablet</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<b>Agentes Hipotensores</b>		
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	NF	
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly</i>	3	
<i>guanfacine hcl oral tablet</i>	2	
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	2	
<i>minoxidil oral tablet</i>	2	
NEXICLON XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
VECAMYL ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADCIRCA ORAL TABLET	NF	
ALYQ ORAL TABLET	5	PA
BIDIL ORAL TABLET	NF	
CIALIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	NF	
<i>dipyridamole oral tablet</i>	2	PA
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET	NF	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	4	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i>	NF	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	2	
LIQREV ORAL SUSPENSION	NF	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT	4	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	NF	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg</i>	3	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.4 mg, 0.6 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	NF	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION	NF	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	4	
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
REVATIO ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted</i>	NF	
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	3	PA; QL (360 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet</i>	5	PA
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
TADLIQ ORAL SUSPENSION	5	PA
VERQUVO ORAL TABLET	4	
<b>Bloqueantes De Los Receptores Adrenérgicos Alfa</b>		
CARDURA ORAL TABLET	NF	
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>doxazosin mesylate oral tablet</i>	2	
MINIPRESS ORAL CAPSULE	NF	
<i>prazosin hcl oral capsule</i>	2	
<i>terazosin hcl oral capsule</i>	2	
<b>Bloqueantes De Los Receptores Adrenérgicos Beta</b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i>	2	
<i>atenolol oral tablet</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	2	
BETAPACE AF ORAL TABLET	NF	
<i>betaxolol hcl oral tablet</i>	NF	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	2	
BYSTOLIC ORAL TABLET	NF	
<i>carvedilol oral tablet</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
COREG ORAL TABLET	NF	
CORGARD ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	NF	
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>labetalol hcl oral tablet</i>	2	
LOPRESSOR ORAL TABLET	NF	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	3	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	3	
<i>nebivolol hcl oral tablet</i>	2	
<i>pindolol oral tablet 10 mg</i>	2	
<i>pindolol oral tablet 5 mg</i>	3	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>propranolol hcl oral solution</i>	3	
<i>propranolol hcl oral tablet</i>	2	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	2	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i>	2	
<i>sotalol hcl oral tablet</i>	2	
SOTYLIZE ORAL SOLUTION	NF	
TENORETIC 100 ORAL TABLET	NF	
TENORETIC 50 ORAL TABLET	NF	
TENORMIN ORAL TABLET	NF	
<i>timolol maleate oral tablet</i>	4	
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
ZIAC ORAL TABLET	NF	
<b>Fármacos Cardíacos</b>		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	2	
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET	NF	
CAMZYOS ORAL CAPSULE	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION	4	PA; QL (450 ML per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>digoxin oral solution</i>	4	QL (150 ML per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	4	
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	2	
<i>dofetilide oral capsule</i>	4	
<i>flecainide acetate oral tablet</i>	3	
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG, 62.5 MCG	NF	
<i>mexiletine hcl oral capsule</i>	NF	
MULTAQ ORAL TABLET	3	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	4	
NORPACE ORAL CAPSULE	NF	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	3	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg</i>	2	
<i>propafenone hcl oral tablet 300 mg</i>	3	
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release</i>	NF	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	3	
RYTHMOL SR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	NF	
TIKOSYN ORAL CAPSULE	NF	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE	5	PA
VYNDAQEL ORAL CAPSULE	5	PA
<b><i>Inhibidores Del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona</i></b>		
ALDACTONE ORAL TABLET	NF	
<i>aliskiren fumarate oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
ALTACE ORAL CAPSULE	NF	
ATACAND HCT ORAL TABLET	NF	
ATACAND ORAL TABLET	NF	
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG, 300-12.5 MG	NF	
AVAPRO ORAL TABLET	NF	
<i>benazepril hcl oral tablet</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
BENICAR HCT ORAL TABLET	NF	
BENICAR ORAL TABLET	NF	
<i>candesartan cilexetil oral tablet</i>	1	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet</i>	1	
<i>captopril oral tablet</i>	1	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION	NF	
COZAAR ORAL TABLET	NF	
DIOVAN HCT ORAL TABLET	NF	
DIOVAN ORAL TABLET	NF	
EDARBI ORAL TABLET	NF	
EDARBYCLOR ORAL TABLET	NF	
<i>enalapril maleate oral solution</i>	NF	
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
ENTRESTO ORAL TABLET	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>eplerenone oral tablet</i>	3	
<i>fosinopril sodium oral tablet</i>	1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet</i>	1	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
HYZAAR ORAL TABLET	NF	
INSPRA ORAL TABLET	NF	
<i>irbesartan oral tablet</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
KERENDIA ORAL TABLET	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>lisinopril oral tablet</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	NF	
MICARDIS HCT ORAL TABLET	NF	
MICARDIS ORAL TABLET	NF	
<i>moexipril hcl oral tablet</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet</i>	1	
QBRELIS ORAL SOLUTION	NF	
<i>quinapril hcl oral tablet</i>	1	
<i>ramipril oral capsule</i>	1	
<i>spironolactone oral suspension</i>	NF	
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet</i>	2	
TEKTURNA ORAL TABLET	NF	
<i>telmisartan oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>trandolapril oral tablet</i>	1	
<i>valsartan oral solution</i>	NF	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
VASERETIC ORAL TABLET	NF	
VASOTEC ORAL TABLET	NF	
ZESTORETIC ORAL TABLET	NF	
ZESTRIL ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<b>Fármacos Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antidiarreicos</b>		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	NF	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	4	
LOMOTIL ORAL TABLET	NF	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	2	
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
XERMELO ORAL TABLET	5	PA
<b>Agentes Antiinflamatorios</b>		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	4	
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	5	
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	4	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY	NF	
COLAZAL ORAL CAPSULE	NF	
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	NF	
DIPENTUM ORAL CAPSULE	NF	
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
LOTRONEX ORAL TABLET	NF	
<i>mesalamine er oral capsule extended release</i>	4	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	4	
<i>mesalamine oral capsule delayed release</i>	NF	
<i>mesalamine oral tablet delayed release</i>	3	
<i>mesalamine rectal enema</i>	3	
<i>mesalamine rectal suppository</i>	4	
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	NF	
ROWASA RECTAL KIT	NF	
<b>Agentes Antiulcerosos Y Supresores De Ácido</b>		
ACIPHEX ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack</i>	NF	
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule</i>	NF	
CARAFATE ORAL SUSPENSION	NF	
CARAFATE ORAL TABLET	NF	
<i>cimetidine oral tablet</i>	4	
CYTOTEC ORAL TABLET	NF	
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	NF	
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	4	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
HELIDAC THERAPY ORAL	NF	
KONVOMEF ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	NF	
<i>misoprostol oral tablet</i>	2	
NEXIUM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	NF	
NEXIUM ORAL PACKET	NF	
<i>nizatidine oral capsule</i>	4	
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule</i>	NF	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet</i>	NF	
<i>pantoprazole sodium oral packet</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
PEPCID ORAL TABLET	NF	
PREVACID ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG	NF	
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE DISPERSIBLE	NF	
PRILOSEC ORAL PACKET	NF	
PROTONIX ORAL PACKET	NF	
PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
PYLERA ORAL CAPSULE	NF	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release</i>	NF	
<i>sucralfate oral suspension</i>	3	
<i>sucralfate oral tablet</i>	2	
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	4	QL (168 EA per 180 days)
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK	NF	
VOQUEZNA ORAL TABLET	NF	
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK	NF	
ZEGERID ORAL CAPSULE	NF	
ZEGERID ORAL PACKET	NF	
<b>Agentes Colerético</b>		
CHENODAL ORAL TABLET	NF	
RELTONE ORAL CAPSULE	NF	
URSO 250 ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
URSO FORTE ORAL TABLET	NF	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg</i>	5	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg, 400 mg</i>	NF	
<i>ursodiol oral tablet</i>	3	
<b>Agentes Procinéticos</b>		
GIMOTI NASAL SOLUTION	NF	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	NF	
REGLAN ORAL TABLET	NF	
<b>Antieméticos</b>		
ANTIVERT ORAL TABLET 50 MG	NF	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE	NF	
ANZEMET ORAL TABLET 50 MG	NF	
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA; QL (4 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg, 80 mg</i>	2	PA; QL (8 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 &amp; 125 mg</i>	2	PA; QL (12 EA per 30 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
<i>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release</i>	NF	
<i>dronabinol oral capsule</i>	4	PA
EMEND ORAL CAPSULE 80 MG	NF	
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	4	PA; QL (6 EA per 30 days)
EMEND TRI-PACK ORAL CAPSULE	NF	
<i>granisetron hcl oral tablet</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
MARINOL ORAL CAPSULE	NF	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	2	PA
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible</i>	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH	5	ST; QL (4 EA per 28 days)
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	4	
SYNDROS ORAL SOLUTION	NF	
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR	NF	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule</i>	NF	
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
<b>Catárticos Y Laxantes</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION	3	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	2	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	2	
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	NF	
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution</i>	4	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted</i>	NF	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION	NF	
SUTAB ORAL TABLET	3	
<b>Digestivos</b>		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	3	
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10500-35500 UNIT, 16800-56800 UNIT, 21000-54700 UNIT, 37000-97300 UNIT, 4200-14200 UNIT	NF	
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 2600-8800 UNIT	4	
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	NF	
VIOKACE ORAL TABLET 10440-39150 UNIT	4	
VIOKACE ORAL TABLET 20880-78300 UNIT	NF	
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, 60000-189600 UNIT	3	
<b>Fármacos Gastrointestinales (Gi), Varios</b>		
AMITIZA ORAL CAPSULE	NF	
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE	5	PA
BYLVAY ORAL CAPSULE	5	PA
CHOLBAM ORAL CAPSULE	5	PA
ENTYVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA; QL (1.36 ML per 28 days)
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT	5	PA
IBSRELA ORAL TABLET	NF	
LINZESS ORAL CAPSULE	3	QL (30 EA per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION	5	PA; QL (90 ML per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule</i>	3	QL (60 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
MOTEGRITY ORAL TABLET	NF	
MOVANTIK ORAL TABLET	NF	
OALIVA ORAL TABLET	5	PA
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
RELISTOR ORAL TABLET	5	ST
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	ST
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	5	PA
SYMPROIC ORAL TABLET	NF	
TRULANCE ORAL TABLET	4	ST
VIBERZI ORAL TABLET	NF	

## Fármacos Neurovegetativos

### Agentes Anticolinérgicos

ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	3	
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION	4	QL (25.8 GM per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL	NF	
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule</i>	4	PA
CUVPOSA ORAL SOLUTION	NF	
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	2	
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	4	
<i>dicyclomine hcl oral tablet</i>	2	
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	NF	
GLYCATE ORAL TABLET	NF	
<i>glycopyrrolate oral solution</i>	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg</i>	NF	
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	PA
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	2	
LIBRAX ORAL CAPSULE	5	PA
<i>methscopolamine bromide oral tablet</i>	2	
ROBINUL ORAL TABLET	NF	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET	NF	
SPIRIVA HANDHALER INHALATION CAPSULE	3	QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	QL (4 GM per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	QL (4 GM per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	NF	
YUPELRI INHALATION SOLUTION	NF	
<b>Agentes Parasimpaticomiméticos (Colinérgicos)</b>		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	NF	
ARICEPT ORAL TABLET	NF	
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	3	
<i>cevimeline hcl oral capsule</i>	4	
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	NF	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible</i>	2	
EVOXAC ORAL CAPSULE	NF	
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	NF	
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour</i>	3	
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet</i>	4	
MESTINON ORAL SOLUTION	NF	
MESTINON ORAL TABLET	NF	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	NF	
<i>pilocarpine hcl oral tablet</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral solution</i>	NF	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	3	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule</i>	3	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour</i>	4	
SALAGEN ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Simpaticolíticos (Bloqueantes De Los Receptores Adrenérgicos)</b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	2	
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE	NF	
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</i>	4	QL (8 ML per 28 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet</i>	NF	
FLOMAX ORAL CAPSULE	NF	
MIGRANAL NASAL SOLUTION	NF	
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule</i>	NF	
RAPAFLO ORAL CAPSULE	NF	
<i>silodosin oral capsule</i>	4	
<i>tamsulosin hcl oral capsule</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<b>Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgico)</b>		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	NF	
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL	3	QL (12 GM per 30 days)
AIRDUO DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	NF	
AIRDUO RESPICLICK 113/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	NF	
AIRDUO RESPICLICK 232/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	NF	
AIRDUO RESPICLICK 55/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	NF	
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL	NF	
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	3	QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	3	QL (13.4 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	NF	
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	2	PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet 4 mg</i>	4	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution</i>	4	PA
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	5	PA
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	QL (8 GM per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule</i>	5	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	3	
<i>epinephrine injection solution auto-injector</i>	3	
EPIPEN 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol</i>	NF	
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	3	QL (60 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	4	QL (1 EA per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution</i>	4	PA
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i>	2	PA
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution</i>	2	PA
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	4	QL (30 GM per 30 days)
LUCEMYRA ORAL TABLET	NF	
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	3	
NORTHERA ORAL CAPSULE	NF	
PERFORMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	5	PA
PROAIR DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT	4	ST; QL (2 EA per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	QL (2 EA per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	3	QL (60 EA per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	NF	
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg</i>	4	
<i>terbutaline sulfate oral tablet 5 mg</i>	2	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION	NF	
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	2	QL (60 EA per 30 days)
XOPENEX HFA INHALATION AEROSOL	NF	
<b>Fármacos Neurovegetativos, Varios</b>		
NICOTROL INHALATION INHALER	4	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION	4	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack</i>	2	
<i>varenicline tartrate oral tablet</i>	2	
<b>Miorrelajantes</b>		
AMRIX ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	NF	
<i>baclofen oral suspension</i>	NF	
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>carisoprodol oral tablet</i>	4	PA
<i>chlorzoxazone oral tablet</i>	NF	
<i>cyclobenzaprine hcl er oral capsule extended release 24 hour 15 mg</i>	2	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>cyclobenzaprine hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	NF	
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	NF	
DANTRIUM ORAL CAPSULE 25 MG	NF	
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	4	
FEXMID ORAL TABLET	NF	
FLEQSUVY ORAL SUSPENSION	NF	
LORZONE ORAL TABLET	NF	
LYVISPAH ORAL PACKET	NF	
<i>metaxalone oral tablet</i>	4	PA
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</i>	NF	
OZOBAX DS ORAL SOLUTION	NF	
SOMA ORAL TABLET	NF	
<i>tizanidine hcl oral capsule</i>	2	
<i>tizanidine hcl oral tablet</i>	2	
ZANAFLEX ORAL CAPSULE	NF	
ZANAFLEX ORAL TABLET	NF	
<b>Hormonas Y Sustitutos Sintéticos</b>		
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG	4	PA
<b>Agentes Antidiabéticos</b>		
<i>acarbose oral tablet</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
ACTOPLUS MET ORAL TABLET 15-850 MG	NF	
ACTOS ORAL TABLET	NF	
ADMELOG INJECTION SOLUTION	NF	
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
AFREZZA INHALATION POWDER 12 UNIT, 4 UNIT, 60X4 & 60X8 & 60X12 UNIT, 8 UNIT, 90 X 4 UNIT & 90X8 UNIT, 90 X 8 UNIT & 90X12 UNIT	NF	
<i>alogliptin benzoate oral tablet</i>	NF	
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
APIDRA INJECTION SOLUTION	NF	
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	4	ST

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
BASAGLAR TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	4	ST
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	4	ST; QL (3.4 ML per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	4	ST; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	4	ST; QL (1.2 ML per 30 days)
CYCLOSET ORAL TABLET	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet</i>	NF	
DUETACT ORAL TABLET	NF	
FARXIGA ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
FIASP INJECTION SOLUTION	NF	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	NF	
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	QL (480 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
GLUMETZA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>glyburide-metformin oral tablet</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
GLYNASE ORAL TABLET 3 MG	NF	
GLYXAMBI ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
HUMALOG INJECTION SOLUTION	NF	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	NF	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	NF	
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	NF	
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	NF	
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	NF	
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	NF	
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	NF	
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION	NF	
HUMULIN R INJECTION SOLUTION	NF	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION	NF	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
INPEFA ORAL TABLET 200 MG	NF	
<i>insulin asp prot &amp; asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector</i>	NF	
<i>insulin aspart flexpen subcutaneous solution pen-injector</i>	NF	
<i>insulin aspart injection solution</i>	NF	
<i>insulin aspart penfill subcutaneous solution cartridge</i>	NF	
<i>insulin aspart prot &amp; aspart subcutaneous suspension</i>	NF	
<i>insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector</i>	NF	
<i>insulin degludec subcutaneous solution</i>	NF	
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector</i>	NF	
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector</i>	NF	
<i>insulin glargine subcutaneous solution</i>	NF	
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution</i>	NF	
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution pen-injector</i>	NF	
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>insulin lispro injection solution</i>	NF	
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector</i>	NF	
<i>insulin lispro prot &amp; lispro subcutaneous suspension pen-injector</i>	NF	
INVOKAMET ORAL TABLET	NF	
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
INVOKANA ORAL TABLET	NF	
JANUMET ORAL TABLET	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG	NF	
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
KAZANO ORAL TABLET	NF	
KORLYM ORAL TABLET	5	PA
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	
LYUMJEV INJECTION SOLUTION	NF	
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
LYUMJEV TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
<i>metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg</i>	NF	
<i>metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 625 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA
<i>miglitol oral tablet</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (2 ML per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
NESINA ORAL TABLET	NF	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION	3	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION	3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	
OSENI ORAL TABLET 12.5-30 MG, 25-15 MG, 25-30 MG, 25-45 MG	NF	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	3	ST; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	3	ST; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
QTERN ORAL TABLET	NF	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	QL (360 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	1	QL (480 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
RYBELSUS ORAL TABLET	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>saxagliptin hcl oral tablet</i>	NF	
<i>saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
SEGLUROMET ORAL TABLET	NF	
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION	NF	
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
STEGLATRO ORAL TABLET	NF	
STEGLUJAN ORAL TABLET	NF	
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA; QL (10.8 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA; QL (6 ML 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, 25-1000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
TRADJENTA ORAL TABLET	NF	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (9 ML per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 2.5-1000 MG, 5-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
<i>zituvio oral tablet</i>	NF	
<b>Agentes Antihiperglucemiantes</b>		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER	3	
<i>diazoxide oral suspension</i>	5	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>glucagon emergency injection kit</i>	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	3	
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION	NF	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
<b>Agentes Paratiroideos Y Antiparatiroideos</b>		
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	3	
<i>cinacalcet hcl oral tablet</i>	NF	
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML	5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
SENSIPAR ORAL TABLET	NF	
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	5	PA; QL (2.48 ML per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
CYTOMEL ORAL TABLET	NF	
ERMEZA ORAL SOLUTION	NF	
EUTHYROX ORAL TABLET	1	
<i>levothyroxine sodium oral capsule</i>	4	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	1	
LEVOXYL ORAL TABLET	1	
<i>liothyronine sodium oral tablet</i>	3	
<i>methimazole oral tablet</i>	1	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	2	
SYNTHROID ORAL TABLET	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION	4	
TIROSINT ORAL CAPSULE	NF	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION	NF	
UNITHROID ORAL TABLET	1	
<b>Agonistas Y Antagonistas De La Somatostatina</b>		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	NF	
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML	NF	
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (60 ML per 30 days)
<b>Agonistas Y Antagonistas De La Somatotropina</b>		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG	NF	
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 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 CARTRIDGE 12 MG	NF	
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 5 MG	5	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE	NF	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	5	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	NF	
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<b>Andrógenos</b>		
ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/ACT (1.62%)	NF	
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION	NF	
<i>danazol oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>danazol oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	4	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION	NF	
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG	4	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG	5	PA
<i>methitest oral tablet</i>	NF	
<i>methyltestosterone oral capsule</i>	NF	
NATESTO NASAL GEL	NF	
TESTIM TRANSDERMAL GEL	NF	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution</i>	2	PA
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>	4	PA
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	3	PA
<i>testosterone transdermal solution</i>	4	PA
TLANDO ORAL CAPSULE	4	PA
VOGELXO PUMP TRANSDERMAL GEL	NF	
VOGELXO TRANSDERMAL GEL	NF	
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
<b>Anticonceptivos</b>		
ALTAVERA ORAL TABLET	2	
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	2	
AMETHIA ORAL TABLET	NF	
ANNOVERA VAGINAL RING	NF	
APRI ORAL TABLET	2	
ARANELLE ORAL TABLET	4	
ASHLYNA ORAL TABLET	NF	
AUBRA EQ ORAL TABLET	2	
AVIANE ORAL TABLET	2	
BALCOLTRA ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
BALZIVA ORAL TABLET	4	
BEYAZ ORAL TABLET	NF	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET	4	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET	2	
<i>briellyn oral tablet</i>	4	
CAMILA ORAL TABLET	4	
CAMRESE LO ORAL TABLET	4	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET	2	
CYRED EQ ORAL TABLET	2	
DEBLITANE ORAL TABLET	4	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	4	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
DOLISHALE ORAL TABLET	NF	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg</i>	NF	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet</i>	4	
ELURYNG VAGINAL RING	4	
ENILLORING VAGINAL RING	4	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET	2	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	2	
ERRIN ORAL TABLET	4	
ESTARYLLA ORAL TABLET	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	4	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	2	
FALMINA ORAL TABLET	2	
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE	2	
GEMMILY ORAL CAPSULE	NF	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET	4	
HALOETTE VAGINAL RING	4	
HEATHER ORAL TABLET	2	
ICLEVIA ORAL TABLET	4	
INCASSIA ORAL TABLET	4	
INTROVALE ORAL TABLET	4	
ISIBLOOM ORAL TABLET	2	
JASMIEL ORAL TABLET	4	
JOYEAUX ORAL TABLET	NF	
JULEBER ORAL TABLET	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET	2	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET	2	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET	2	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET	2	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET	4	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE	NF	
KARIVA ORAL TABLET	4	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET	2	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET	4	
KURVELO ORAL TABLET	2	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	4	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET	2	
LARIN 1/20 ORAL TABLET	2	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET	2	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET	2	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE	NF	
LEENA ORAL TABLET	2	
LESSINA ORAL TABLET	2	
LEVONEST ORAL TABLET	2	
<i>levonorgest-eth est &amp; eth est oral tablet</i>	NF	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	4	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg</i>	NF	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i>	NF	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	2	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET	2	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	4	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET	NF	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET	NF	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET	NF	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET	NF	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET	NF	
LORYNA ORAL TABLET	3	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
LUTERA ORAL TABLET	2	
LYLEQ ORAL TABLET	4	
LYZA ORAL TABLET	4	
<i>marlissa oral tablet</i>	2	
MERZEE ORAL CAPSULE	2	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE	2	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET	4	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET	4	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET	2	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET	4	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET	4	
MILI ORAL TABLET	2	
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	4	
NATAZIA ORAL TABLET	NF	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET	2	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT	4	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET	NF	
NIKKI ORAL TABLET	4	
NORA-BE ORAL TABLET	4	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly</i>	4	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule</i>	2	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</i>	2	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>norethindrone oral tablet</i>	4	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet</i>	2	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg</i>	4	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.8-25 mg-mcg</i>	NF	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i>	2	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET	2	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET	2	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET	2	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET	2	
NUVARING VAGINAL RING	NF	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET	2	
NYMYO ORAL TABLET	2	
OCELLA ORAL TABLET	2	
PIMTREA ORAL TABLET	4	
PORTIA-28 ORAL TABLET	2	
QUARTETTE ORAL TABLET	NF	
RECLIPSEN ORAL TABLET	2	
RIVELSA ORAL TABLET	NF	
SAFYRAL ORAL TABLET	NF	
SEASONIQUE ORAL TABLET	NF	
SETLAKIN ORAL TABLET	4	
SHAROBEL ORAL TABLET	4	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	4	
SLYND ORAL TABLET	NF	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET	2	
SRONYX ORAL TABLET	2	
SYEDA ORAL TABLET	4	
TARINA 24 FE ORAL TABLET	2	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET	2	
TAYSOFY ORAL CAPSULE	2	
TILIA FE ORAL TABLET	2	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET	2	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET	4	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET	4	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET	4	
TRI-MILI ORAL TABLET	2	
TRI-NYMYO ORAL TABLET	2	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET	2	
TRIVORA (28) ORAL TABLET	2	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET	4	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET	2	
TURQOZ ORAL TABLET	2	
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE	2	
TYDEMY ORAL TABLET	2	
VELIVET ORAL TABLET	2	
VESTURA ORAL TABLET	2	
VIENVA ORAL TABLET	2	
VYFEMLA ORAL TABLET	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
VYLIBRA ORAL TABLET	2	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE	4	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	4	
YASMIN 28 ORAL TABLET	NF	
YAZ ORAL TABLET	NF	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	4	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET	2	
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
ACTIVELLA ORAL TABLET 1-0.5 MG	NF	
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	2	PA
<i>anastrozole oral tablet</i>	2	
ANGELIQ ORAL TABLET	NF	
ARIMIDEX ORAL TABLET	NF	
AROMASIN ORAL TABLET	NF	
BIJUVA ORAL CAPSULE 1-100 MG	4	PA
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	4	PA
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	NF	
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	4	PA
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL	NF	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL	4	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL	NF	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	2	PA
DUAVEE ORAL TABLET	NF	
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL	NF	
ESTRACE ORAL TABLET	NF	
ESTRACE VAGINAL CREAM	NF	
<i>estradiol oral tablet</i>	2	
<i>estradiol transdermal gel</i>	4	PA
<i>estradiol transdermal patch twice weekly</i>	2	PA
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	2	PA
<i>estradiol vaginal cream</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet</i>	4	
<i>estradiol valerate intramuscular oil</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	2	PA
ESTRING VAGINAL RING 7.5 MCG/24HR	4	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL	NF	
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION	NF	
EVISTA ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>exemestane oral tablet</i>	4	
FARESTON ORAL TABLET	NF	
FEMARA ORAL TABLET	NF	
FEMRING VAGINAL RING	4	
FYAVOLV ORAL TABLET	2	PA
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT	NF	
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT	NF	
JINTELI ORAL TABLET	2	PA
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (91 EA per 28 days)
<i>letrozole oral tablet</i>	2	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	2	PA
MENEST ORAL TABLET	4	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	4	PA
MIMVEY ORAL TABLET	2	PA
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	NF	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	2	PA
OSPHENA ORAL TABLET	4	PA
PREFEST ORAL TABLET	NF	
PREMARIN ORAL TABLET	3	PA
PREMARIN VAGINAL CREAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET	3	
PREMPRO ORAL TABLET	4	
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	3	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION	5	
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	2	
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	5	
VAGIFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	NF	
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	NF	
YUVAFEM VAGINAL TABLET	4	
<b>Gonadotropinas Y Antigonadotropinas</b>		
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT	4	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	4	
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable</i>	4	
<i>leuprolide acetate injection kit</i>	5	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	5	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	NF	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	NF	
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	NF	
MYFEMBREE ORAL TABLET	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ORGOVYX ORAL TABLET	5	PA
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA
ORLISSA ORAL TABLET	NF	
SYNAREL NASAL SOLUTION	NF	
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
<b>Hipófisis</b>		
ACTHAR INJECTION GEL	NF	
CORTROPHIN INJECTION GEL	5	PA
DDAVP ORAL TABLET	NF	
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin acetate oral tablet</i>	3	
NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	5	PA
SOGROYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
<b>Leptinas</b>		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
<b>Progestágenos</b>		
AYGESTIN ORAL TABLET	NF	
CRINONE VAGINAL GEL	NF	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML	NF	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	4	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	4	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	4	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	2	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml</i>	3	
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	3	
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	2	
<i>progesterone oral capsule</i>	2	
PROMETRIUM ORAL CAPSULE	NF	
PROVERA ORAL TABLET	NF	
<b>Suprarrenales</b>		
AGAMREE ORAL SUSPENSION	NF	
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 0.5 MG	4	
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 1 MG, 2 MG, 5 MG	NF	
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION	NF	
ARMONAIR DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	NF	
ARNUIITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	NF	
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	NF	
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	NF	
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL	NF	
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	3	
BREYNA INHALATION AEROSOL	NF	
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL	3	QL (23.6 GM per 28 days)
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	NF	
<i>budesonide inhalation suspension</i>	3	PA; QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	3	
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
CORTEF ORAL TABLET	NF	
<i>deflazacort oral tablet</i>	NF	
<i>dexabliss oral tablet therapy pack</i>	NF	
<i>dexamethasone oral solution</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet therapy pack</i>	NF	
DULERA INHALATION AEROSOL	4	QL (13 GM per 30 days)
EMFLAZA ORAL SUSPENSION	NF	
EMFLAZA ORAL TABLET	NF	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	2	
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 100-25 mcg/lact, 200-25 mcg/lact</i>	NF	
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated</i>	NF	
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol</i>	NF	
HEMADY ORAL TABLET	NF	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>hydrocortisone oral tablet 20 mg</i>	3	
INTRAROSA VAGINAL INSERT	NF	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 2 MG, 4 MG, 8 MG	NF	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	2	PA
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</i>	2	
MILLIPRED ORAL TABLET	NF	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE	NF	
<i>prednisolone oral solution</i>	2	
<i>prednisolone oral tablet</i>	NF	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml</i>	NF	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 20 mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible</i>	2	
PREDNISON INTENSOL ORAL CONCENTRATE	2	PA
<i>prednisone oral solution</i>	2	PA
<i>prednisone oral tablet</i>	1	PA
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	2	
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	NF	
PULMICORT INHALATION SUSPENSION	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED	NF	
RAYOS ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
SYMBICORT INHALATION AEROSOL	3	QL (13.8 GM per 30 days)
TAPERDEX 12-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
TAPERDEX 6-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK 1.5 MG (21)	NF	
TAPERDEX 7-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK 1.5 MG (27)	NF	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	3	QL (60 EA per 30 days)
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	

### Preparaciones Para La Piel Y La Mucosa

#### Agentes Antiinflamatorios

ALA SCALP EXTERNAL LOTION	NF	
<i>ala-cort external cream</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	2	
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	3	
<i>amcinonide external ointment</i>	NF	
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM	NF	
APEXICON E EXTERNAL CREAM	NF	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external ointment</i>	3	
<i>betamethasone valerate external cream</i>	2	
<i>betamethasone valerate external foam</i>	NF	
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	3	
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	3	
BRYHALI EXTERNAL LOTION	NF	
<i>budesonide rectal foam</i>	NF	
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	NF	
<i>calcipotriene-betameth diprop external suspension</i>	NF	
CAPEX EXTERNAL SHAMPOO	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>clobetasol propionate e external cream</i>	4	
<i>clobetasol propionate emulsion external foam</i>	4	
<i>clobetasol propionate external cream</i>	4	
<i>clobetasol propionate external foam</i>	4	
<i>clobetasol propionate external gel</i>	4	
<i>clobetasol propionate external liquid</i>	4	
<i>clobetasol propionate external lotion</i>	4	
<i>clobetasol propionate external ointment</i>	4	
<i>clobetasol propionate external shampoo</i>	4	
<i>clobetasol propionate external solution</i>	4	
CLOBEX EXTERNAL LOTION	NF	
CLOBEX EXTERNAL SHAMPOO	NF	
CLOBEX SPRAY EXTERNAL LIQUID	NF	
<i>clocortolone pivalate external cream</i>	NF	
CLODAN EXTERNAL SHAMPOO	4	
CORDRAN EXTERNAL CREAM 0.05 %	NF	
CORDRAN EXTERNAL LOTION	NF	
CORDRAN EXTERNAL TAPE	NF	
DERMA-SMOOTH/FS SCALP EXTERNAL OIL	NF	
<i>desonide external cream</i>	4	
<i>desonide external gel</i>	4	
<i>desonide external lotion</i>	4	
<i>desonide external ointment</i>	4	
DESOWEN EXTERNAL CREAM	NF	
<i>desoximetasone external cream</i>	4	
<i>desoximetasone external gel</i>	4	
<i>desoximetasone external liquid</i>	NF	
<i>desoximetasone external ointment</i>	4	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	3	
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	NF	
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	4	
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i>	NF	
<i>diflorasone diacetate external cream</i>	4	
<i>diflorasone diacetate external ointment</i>	NF	
DIPROLENE EXTERNAL OINTMENT	NF	
DUOBRII EXTERNAL LOTION	NF	
ENSTILAR EXTERNAL FOAM	NF	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT	4	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil</i>	4	
<i>fluocinonide emulsified base external cream</i>	2	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	3	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	NF	
<i>fluocinonide external gel</i>	3	
<i>fluocinonide external ointment</i>	3	
<i>fluocinonide external solution</i>	3	
<i>flurandrenolide external cream</i>	NF	
<i>flurandrenolide external lotion</i>	NF	
<i>fluticasone propionate external cream</i>	3	
<i>fluticasone propionate external lotion</i>	NF	
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	2	
<i>halcinonide external cream</i>	NF	
<i>halobetasol propionate external cream</i>	4	
<i>halobetasol propionate external foam</i>	NF	
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	4	
HALOG EXTERNAL CREAM	NF	
HALOG EXTERNAL OINTMENT	NF	
HALOG EXTERNAL SOLUTION	NF	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate external cream</i>	NF	
<i>hydrocortisone butyrate external lotion</i>	NF	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment</i>	NF	
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	NF	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	2	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	4	
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate external ointment</i>	2	
KENALOG EXTERNAL AEROSOL SOLUTION	NF	
LEXETTE EXTERNAL FOAM	NF	
LOCOID EXTERNAL LOTION	NF	
LOCOID LIPOCREAM EXTERNAL CREAM	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>mometasone furoate external cream</i>	2	
<i>mometasone furoate external ointment</i>	3	
<i>mometasone furoate external solution</i>	3	
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM	NF	
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	4	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	4	
PANDEL EXTERNAL CREAM	NF	
PENNSAID EXTERNAL SOLUTION	NF	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM	3	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM	2	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM	3	
SYNALAR EXTERNAL CREAM	NF	
TACLONEX EXTERNAL OINTMENT	NF	
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION	NF	
TEXACORT EXTERNAL SOLUTION	NF	
TOPICORT EXTERNAL CREAM	NF	
TOPICORT EXTERNAL GEL	NF	
TOPICORT EXTERNAL OINTMENT 0.05 %	NF	
TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID	NF	
TOVET EXTERNAL FOAM	4	
<i>triamcinolone acetonide external cream</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.1 %</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</i>	2	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.1 %	NF	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	2	
UCERIS RECTAL FOAM	NF	
ULTRAVATE EXTERNAL LOTION	NF	
VANOS EXTERNAL CREAM	NF	
VERDESO EXTERNAL FOAM	NF	
<b>Agentes Despigmentantes Y Pigmentantes</b>		
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	NF	
<b>Agentes Para La Piel Y La Mucosa, Varios</b>		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE	NF	
ABSORICA ORAL CAPSULE	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	4	
<i>acitretin oral capsule</i>	4	
ACZONE EXTERNAL GEL	NF	
<i>adapalene external cream</i>	4	PA
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	4	PA
<i>adapalene external pad</i>	NF	
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel</i>	4	PA
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
AKLIEF EXTERNAL CREAM	NF	
AMNESTEEM ORAL CAPSULE	4	
ARAZLO EXTERNAL LOTION	NF	
<i>azelaic acid external gel</i>	4	
AZELEX EXTERNAL CREAM	NF	
<i>bexarotene external gel</i>	5	PA
<i>brimonidine tartrate external gel</i>	NF	
<i>calcipotriene external cream</i>	4	
<i>calcipotriene external ointment</i>	4	
<i>calcipotriene external solution</i>	4	
<i>calcitriol external ointment</i>	4	
CARAC EXTERNAL CREAM	NF	
CLARAVIS ORAL CAPSULE	4	
<i>clindamycin-tretinoin external gel</i>	NF	
CONDYLOX EXTERNAL GEL	NF	
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	5	PA
<i>dapsone external gel</i>	4	
DIFFERIN EXTERNAL CREAM	NF	
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.3 %	NF	
DIFFERIN EXTERNAL LOTION	NF	
<i>doxycycline oral capsule delayed release</i>	3	
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	5	PA
EFUDEX EXTERNAL CREAM	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
ELIDEL EXTERNAL CREAM	NF	
EPIDUO EXTERNAL GEL	NF	
EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL	NF	
FABIOR EXTERNAL FOAM	NF	
FINACEA EXTERNAL FOAM	4	
FINACEA EXTERNAL GEL	NF	
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	5	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	3	
<i>fluorouracil external solution</i>	4	
HYFTOR EXTERNAL GEL	NF	
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	3	
<i>imiquimod pump external cream</i>	NF	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	NF	
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT	5	
MIRVASO EXTERNAL GEL	NF	
OPZELURA EXTERNAL CREAM	5	PA; QL (240 GM per 28 days)
ORACEA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	NF	
PANRETIN EXTERNAL GEL	5	
<i>pimecrolimus external cream</i>	4	
<i>podofilox external solution</i>	2	
QBREXZA EXTERNAL PAD	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
RECTIV RECTAL OINTMENT	4	
REGRANEX EXTERNAL GEL	5	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT	4	
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
SORILUX EXTERNAL FOAM	NF	
SOTYKTU ORAL TABLET	NF	
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	5	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
<i>tacrolimus external ointment</i>	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL	NF	
<i>tazarotene external cream</i>	3	
<i>tazarotene external foam</i>	NF	
<i>tazarotene external gel</i>	4	
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	4	
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.1 %	NF	
TAZORAC EXTERNAL GEL	NF	
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL	5	PA
VECTICAL EXTERNAL OINTMENT	NF	
VELTIN EXTERNAL GEL	NF	
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT	NF	
VTAMA EXTERNAL CREAM	NF	
WINLEVI EXTERNAL CREAM	NF	
ZENATANE ORAL CAPSULE	4	
ZIANA EXTERNAL GEL	NF	
ZORYVE EXTERNAL CREAM	NF	
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM	NF	
<b>Antiinfecciosos</b>		
ACANYA EXTERNAL GEL	NF	
<i>acyclovir external cream</i>	4	QL (5 GM per 30 days)
<i>acyclovir external ointment</i>	3	QL (30 GM per 30 days)
ALTABAX EXTERNAL OINTMENT	NF	
AMZEEQ EXTERNAL FOAM	NF	
BENZAMYCIN EXTERNAL GEL	NF	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	2	
<i>ciclopirox external gel</i>	4	
<i>ciclopirox external shampoo</i>	2	
<i>ciclopirox external solution</i>	3	
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	3	
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	3	
CLEOCIN VAGINAL CREAM	NF	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY	NF	
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
CLINDACIN ETZ EXTERNAL SWAB	3	
CLINDACIN EXTERNAL FOAM	3	
CLINDAGEL EXTERNAL GEL	NF	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-2.5 %, 1.2-5 %</i>	NF	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external gel</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	3	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	3	
CLINDESSE VAGINAL CREAM	NF	
<i>clotrimazole external cream</i>	2	
<i>clotrimazole external solution</i>	2	
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	3	
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	3	
CROTAN EXTERNAL LOTION	2	
DENAVIR EXTERNAL CREAM	NF	
<i>econazole nitrate external cream</i>	4	
EPSOLAY EXTERNAL CREAM	NF	
ERTACZO EXTERNAL CREAM	NF	
<i>ery external pad</i>	3	
ERYGEL EXTERNAL GEL	NF	
<i>erythromycin external gel</i>	2	
<i>erythromycin external solution</i>	2	
EXELDERM EXTERNAL CREAM	NF	
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION	NF	
<i>gentamicin sulfate external cream</i>	3	
<i>gentamicin sulfate external ointment</i>	3	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM	NF	
<i>ivermectin external cream</i>	2	QL (45 GM per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION	NF	
<i>ketoconazole external cream</i>	2	
<i>ketoconazole external foam</i>	2	
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	2	
KETODAN EXTERNAL FOAM	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
KLARON EXTERNAL LOTION	NF	
LOPROX EXTERNAL SHAMPOO	NF	
<i>luliconazole external cream</i>	NF	
LUZU EXTERNAL CREAM	NF	
<i>mafenide acetate external packet</i>	4	
<i>malathion external lotion</i>	4	
METROCREAM EXTERNAL CREAM	NF	
METROGEL EXTERNAL GEL	NF	
METROLOTION EXTERNAL LOTION	NF	
<i>metronidazole external cream</i>	4	
<i>metronidazole external gel</i>	4	
<i>metronidazole external lotion</i>	4	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	3	
<i>miconazole 3 vaginal suppository</i>	NF	
<i>mupirocin calcium external cream</i>	4	
<i>mupirocin external ointment</i>	2	QL (110 GM per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream</i>	4	
<i>naftifine hcl external gel 2 %</i>	NF	
NAFTIN EXTERNAL GEL	NF	
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION	NF	
NEUAC EXTERNAL GEL	NF	
NORITATE EXTERNAL CREAM	NF	
NUVESSA VAGINAL GEL	NF	
NYAMYC EXTERNAL POWDER	4	
<i>nystatin external cream</i>	2	
<i>nystatin external ointment</i>	2	
<i>nystatin external powder</i>	3	
NYSTOP EXTERNAL POWDER	2	
ONEXTON EXTERNAL GEL	NF	
OVIDE EXTERNAL LOTION	NF	
<i>oxiconazole nitrate external cream</i>	NF	
OXISTAT EXTERNAL CREAM	NF	
OXISTAT EXTERNAL LOTION	NF	
<i>penciclovir external cream</i>	4	QL (5 GM per 30 days)
<i>permethrin external cream</i>	2	
<i>selenium sulfide external lotion</i>	2	
SILVADENE EXTERNAL CREAM	NF	
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM	NF	
<i>spinosad external suspension</i>	4	
SSD EXTERNAL CREAM	2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</i>	4	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM	NF	
<i>tavaborole external solution</i>	4	PA
<i>terconazole vaginal cream</i>	3	
<i>terconazole vaginal suppository</i>	3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL	3	
XACIATO VAGINAL GEL	NF	
XERESE EXTERNAL CREAM	NF	
ZILXI EXTERNAL FOAM	NF	
ZOVIRAX EXTERNAL CREAM	NF	
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT	NF	
<b>Antipruriginosos Y Anestésicos Locales</b>		
<i>doxepin hcl external cream</i>	4	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	NF	
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	4	QL (150 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution</i>	2	
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	3	QL (30 GM per 30 days)
LIDODERM EXTERNAL PATCH	NF	
PLIAGLIS EXTERNAL CREAM	NF	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM	NF	
PRUDOXIN EXTERNAL CREAM	NF	
ZONALON EXTERNAL CREAM	NF	
ZTLIDO EXTERNAL PATCH	NF	
<b>Emolientes, Demulcentes Y Protectores</b>		
<i>ammonium lactate external cream</i>	2	
<i>ammonium lactate external lotion</i>	3	
<b>Estimulantes Y Proliferantes Celulares</b>		
ALTRENO EXTERNAL LOTION	NF	
ATRALIN EXTERNAL GEL	NF	
RETIN-A EXTERNAL CREAM	NF	
RETIN-A EXTERNAL GEL	NF	
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL	NF	
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL 0.06 %, 0.08 %	NF	
<i>tretinoin external cream</i>	4	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>tretinoin external gel</i>	4	PA
<i>tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	NF	
TWYNEO EXTERNAL CREAM	NF	
Preparados Para Los Ojos, Los Oídos, La Nariz Y La Garganta		
Agentes Antialérgicos		
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	3	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	3	
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension</i>	NF	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution</i>	NF	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	2	
DYMISTA NASAL SUSPENSION	NF	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	NF	
<i>olopatadine hcl nasal solution</i>	3	
RYALTRIS NASAL SUSPENSION	NF	
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
Agentes Antiinflamatorios		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	3	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution</i>	NF	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	NF	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
CEQUA OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	4	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
DERMOTIC OTIC OIL	NF	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	2	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion</i>	4	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION	NF	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION	4	PA
FLAC OTIC OIL	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	4	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal suspension</i>	2	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	4	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION	4	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL	NF	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT	4	
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL	NF	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	2	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	NF	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	4	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT	NF	
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	NF	
<i>mometasone furoate nasal suspension</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	3	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT	2	
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
OMNARIS NASAL SUSPENSION	NF	
PRED FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	3	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
QNASL CHILDRENS NASAL AEROSOL SOLUTION	NF	
QNASL NASAL AEROSOL SOLUTION	NF	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	QL (60 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	2	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT	NF	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	4	
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION	NF	
VEVYE OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION	NF	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
ZETONNA NASAL AEROSOL SOLUTION	NF	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION	4	
<b>Agentes Contra El Glaucoma</b>		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</i>	4	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	3	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.15 %	NF	
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	4	
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
<i>bimatoprost ophthalmic solution</i>	2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %</i>	3	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution</i>	3	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension</i>	2	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION 2-0.5 %	NF	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	4	
ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	2	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	
<i>methazolamide oral tablet</i>	4	
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED	4	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION	4	ST
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION	4	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution</i>	NF	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution</i>	NF	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</i>	4	
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	1	
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution</i>	NF	
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	3	
VUITY OPHTHALMIC SOLUTION	4	PA
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
XELPROS OPHTHALMIC EMULSION	NF	
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 %	NF	
<b>Anestésicos Locales</b>		
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i>	2	
<b>Antiinfecciosos</b>		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	2	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION	NF	
CETRAXAL OTIC SOLUTION	NF	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</i>	1	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT	4	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution</i>	4	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution</i>	NF	
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	2	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	3	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	4	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	3	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION	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	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT	2	
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
<i>ofloxacin ophthalmic solution</i>	2	
<i>ofloxacin otic solution</i>	2	
OTOVEL OTIC SOLUTION	NF	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION	1	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	2	
TOBEX OPHTHALMIC OINTMENT	4	
<i>trifluridine ophthalmic solution</i>	2	
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
XDEMVIY OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL	4	
<b>Fármacos De Oftalmología Y Otorrinolaringología (Eent), Varios</b>		
<i>acetic acid otic solution</i>	3	
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution</i>	NF	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION	5	PA; QL (20 ML per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION	5	PA; QL (60 ML per 28 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	NF	
LACRISERT OPHTHALMIC INSERT	4	
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION	NF	
TYRVAYA NASAL SOLUTION	NF	
<b>Midriáticos</b>		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<b>Producción Y Coagulación De La Sangre + Trombosis</b>		
<b>Agentes Antitrombóticos</b>		
PRADAXA ORAL PACKET	NF	
<b>Agentes De Crecimiento Hematopoyéticos</b>		
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	ST; QL (2.4 ML per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
<b>Producción Y Coagulación De La Sangre, Y Trombosis</b>		
<b>Agentes Antihemorrágicos</b>		
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	3	
<b>Agentes Antitrombóticos</b>		
AGRYLIN ORAL CAPSULE	NF	
<i>anagrelide hcl oral capsule</i>	3	
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION	NF	
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	3	
BRILINTA ORAL TABLET	3	
CABLIVI INJECTION KIT	NF	
<i>cilostazol oral tablet</i>	2	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	4	
EFFIENT ORAL TABLET	NF	
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL (148 EA per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe</i>	3	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	NF	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	4	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML	NF	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 20000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	3	
JANTOVEN ORAL TABLET	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
LOVENOX INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
PLAVIX ORAL TABLET 75 MG	NF	
PRADAXA ORAL CAPSULE	NF	
<i>prasugrel hcl oral tablet</i>	3	
SAVAYSA ORAL TABLET	NF	
<i>warfarin sodium oral tablet</i>	1	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
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	3	QL (102 EA per 365 days)
ZONTIVITY ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes De Crecimiento Hematopoyéticos</b>		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 60 MCG/ML	5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 25 MCG/ML, 40 MCG/ML	4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 40 MCG/0.4ML	4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 300 MCG/0.6ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3ML	5	PA
DOPTELET ORAL TABLET	5	PA
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	NF	
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION	NF	
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
MULPLETA ORAL TABLET	NF	
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	QL (2.4 ML per 28 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	NF	
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
NIVESTYM INJECTION SOLUTION	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML	5	
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML	NF	
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
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
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>releuko subcutaneous solution prefilled syringe</i>	NF	
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	5	PA
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
<b>Agentes De La Producción Y Coagulación De La Sangre Y Trombosis, Varios</b>		
OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
OXBRYTA ORAL TABLET 500 MG	5	PA; QL (150 EA per 30 days)
OXBRYTA ORAL TABLET SOLUBLE	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
PYRUKYND ORAL TABLET	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TAVALISSE ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Hemorreológicos</b>		
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	2	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<b>Varios Agentes Terapéuticos</b>		
<b>Agentes Antigotosos</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	NF	
<i>colchicine oral capsule</i>	3	
<i>colchicine oral tablet</i>	4	
COLCRYS ORAL TABLET	NF	
<i>febuxostat oral tablet</i>	3	ST
MITIGARE ORAL CAPSULE	NF	
ULORIC ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Cariostáticos</b>		
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	2	
<b>Agentes Inmunomoduladores</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	
AUBAGIO ORAL TABLET	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT	5	QL (4 EA per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT	5	QL (1 EA per 28 days)
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	5	ST; QL (120 EA per 30 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	5	QL (15 EA per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	5	ST; QL (30 ML per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	5	ST; QL (12 ML per 28 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	4	QL (14 EA per 365 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack</i>	5	QL (120 EA per 365 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT	NF	
<i> fingolimod hcl oral capsule</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5	QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5	QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	5	QL (30 ML per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	5	QL (12 ML per 28 days)
JOENJA ORAL TABLET	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	ST; QL (6 ML per 365 days)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; QL (120 EA per 30 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	5	ST; QL (24 EA per 365 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	4	ST; QL (14 EA per 365 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	5	QL (1 ML per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	QL (1 ML per 28 days)
PONVORY ORAL TABLET	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	5	ST; QL (28 EA per 365 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	QL (6 ML per 28 days)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	QL (8.4 ML per 365 days)
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	QL (6 ML per 28 days)
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	QL (8.4 ML per 365 days)
TASCENSO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG	5	QL (14 EA per 365 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE THERAPY PACK	5	QL (120 EA per 365 days)
<i>teriflunomide oral tablet</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE	5	PA
VELSIPITY ORAL TABLET	NF	
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	5	ST
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK	5	PA; QL (14 EA per 365 days)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK 0.23MG & 0.46MG 0.92MG(21)	5	PA; QL (56 EA per 365 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
<b>Agentes Inmunosupresores</b>		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	NF	
AZASAN ORAL TABLET	NF	
<i>azathioprine oral tablet</i>	2	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
CELLCEPT ORAL CAPSULE	NF	
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	NF	
CELLCEPT ORAL TABLET	NF	
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	2	PA
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	2	PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	2	PA
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG	4	PA
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG	5	PA
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	2	PA
GENGRAF ORAL SOLUTION	2	PA
IMURAN ORAL TABLET	NF	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE	NF	
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	NF	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	3	PA
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</i>	5	PA
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	3	PA
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	2	PA
MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
NEORAL ORAL CAPSULE	NF	
NEORAL ORAL SOLUTION	NF	
PROGRAF ORAL CAPSULE	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
PROGRAF ORAL PACKET	4	PA
RAPAMUNE ORAL SOLUTION	NF	
RAPAMUNE ORAL TABLET	NF	
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE	NF	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	4	PA
<i>sirolimus oral solution</i>	4	PA
<i>sirolimus oral tablet</i>	4	PA
<i>tacrolimus oral capsule</i>	2	PA
ZORTRESS ORAL TABLET	NF	
<b>Agentes Protectores</b>		
MESNEX ORAL TABLET	5	
<b>Antídotos</b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution</i>	2	PA
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg</i>	3	
<i>leucovorin calcium oral tablet 15 mg, 25 mg</i>	4	
<i>leucovorin calcium oral tablet 5 mg</i>	2	
<b>Disuasivos De Alcohol</b>		
<i>disulfiram oral tablet</i>	3	
<b>Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad</b>		
ABRILADA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	NF	
ABRILADA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	NF	
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
<i>adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	NF	
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector</i>	NF	
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe</i>	NF	
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	NF	
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	NF	
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit</i>	NF	
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit</i>	NF	
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous auto-injector kit</i>	NF	
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous prefilled syringe kit</i>	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
ARAVA ORAL TABLET	NF	
CIBINQO ORAL TABLET	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	5	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	5	PA
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	5	PA
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	5	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	5	PA; QL (4.08 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
HULIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	NF	
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	NF	
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	5	PA
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; QL (6 EA per 365 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.



Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	5	PA; QL (4 EA per 365 days)
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	5	PA; QL (6 EA per 365 days)
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	5	PA; QL (8 EA per 365 days)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	5	PA; QL (8 EA per 365 days)
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	5	PA; QL (6 EA per 365 days)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
HYRIMOZ-PED>=40KG CROHN START SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	NF	
IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	NF	
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	NF	
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	NF	
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
<i>leflunomide oral tablet</i>	3	
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 4 MG	5	PA
OLUMIANT ORAL TABLET 2 MG	NF	
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	5	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA
OTEZLA ORAL TABLET	5	PA

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK	5	PA
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML	NF	
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	4	PA
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
XELJANZ ORAL SOLUTION	5	PA
XELJANZ ORAL TABLET	5	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	5	PA
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	5	PA
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML	5	PA
YUSIMRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	NF	
<b>Inhibidores De La 5-Alfa-Reductasa</b>		
AVODART ORAL CAPSULE	NF	
<i>dutasteride oral capsule</i>	3	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule</i>	4	
ENTADFI ORAL CAPSULE	NF	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	2	
PROSCAR ORAL TABLET	NF	
<b>Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica</b>		
KEVEYIS ORAL TABLET	NF	
<b>Inhibidores De La Resorción Ósea</b>		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG, 35 MG	NF	
<i>alendronate sodium oral solution</i>	1	QL (300 ML per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 EA per 28 days)
AELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT	NF	
FOSAMAX ORAL TABLET 70 MG	NF	
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET	NF	
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	2	QL (1 EA per 30 days)

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	3	QL (1 EA per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>	4	QL (120 EA per 365 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	3	QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release</i>	4	QL (4 EA per 28 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
<b>Inhibidores De Los Complementos</b>		
BERINERT INTRAVENOUS KIT	5	PA
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	5	PA; QL (27 ML per 30 days)
ORLADEYO ORAL CAPSULE	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; QL (27 ML per 30 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
<b>Inhibidores Del Sistema Calicreíno-Cinínico</b>		
FABHALTA ORAL CAPSULE	NF	
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	NF	
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 23 MG/0.574ML, 32.4 MG/0.81ML	NF	
<b>Oligonucleótidos Antisentido</b>		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
WAINUA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	NF	
<b>Otros Agentes Terapéuticos, Varios</b>		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	NF	
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	NF	
<i>betaine oral powder</i>	NF	
CARNITOR ORAL SOLUTION	NF	
CARNITOR ORAL TABLET	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
CERDELGA ORAL CAPSULE	5	PA
CYSTADANE ORAL POWDER	NF	
CYSTAGON ORAL CAPSULE	4	
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
DEMSEER ORAL CAPSULE	NF	
ELMIRON ORAL CAPSULE	NF	
ENDARI ORAL PACKET	5	PA
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
FILSPARI ORAL TABLET	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
FIRDAPSE ORAL TABLET	5	PA
GALAFOLD ORAL CAPSULE	NF	
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
JAVYGTOR ORAL PACKET	NF	
JAVYGTOR ORAL TABLET	NF	
KUVAN ORAL PACKET	NF	
KUVAN ORAL TABLET	NF	
<i>levocarnitine oral solution</i>	2	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	2	
LODOCO ORAL TABLET	NF	
<i>metyrosine oral capsule</i>	5	
<i>miglustat oral capsule</i>	5	PA
<i>nitisinone oral capsule</i>	NF	
NITYR ORAL TABLET	NF	
ORFADIN ORAL CAPSULE	NF	
ORFADIN ORAL SUSPENSION	NF	
PROCYSBI ORAL PACKET	5	PA
RECORLEV ORAL TABLET	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
REZUROCK ORAL TABLET	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION	NF	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	NF	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet</i>	5	
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	5	
SKYCLARYS ORAL CAPSULE	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
SOHONOS ORAL CAPSULE	NF	
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	NF	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica "per X days", que significa "por X días".

Nombre del medicamento	Nivel	Requisitos
THIOLA ORAL TABLET	NF	
<i>tiopronin oral tablet</i>	NF	
TYBOST ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	NF	
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA
XURIDEN ORAL PACKET	NF	
ZAVESCA ORAL CAPSULE	NF	
ZOKINVY ORAL CAPSULE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<b>Vitaminas</b>		
<b>Preparaciones Multivitaminicas</b>		
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	2	
<b>Vitamina D</b>		
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	
<i>calcitriol oral solution</i>	4	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 2.5 mcg</i>	2	
<i>doxercalciferol oral capsule 1 mcg</i>	4	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg</i>	2	
<i>paricalcitol oral capsule 2 mcg, 4 mcg</i>	4	
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	5	
ROCALTROL ORAL CAPSULE	NF	
ROCALTROL ORAL SOLUTION	NF	
ZEMPLAR ORAL CAPSULE 1 MCG, 2 MCG	NF	
<b>Vitaminas Del Complejo B</b>		
<i>niacin (antihyperlipidemic) oral tablet</i>	4	
NIACOR ORAL TABLET	4	

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

La columna Requisitos incluye el Quantity Limit (QL, límite de cantidad) para ciertos medicamentos cuando se indica “per X days”, que significa “por X días”.

## Index

<i>abacavir sulfate</i> .....	16	<i>adapalene</i> .....	100	ALREX.....	106
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....	16	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> ....	100	ALTABAX.....	102
ABELCET.....	13	ADBRY.....	100	ALTACE.....	68
ABILIFY.....	32	ADCIRCA.....	65	ALTAVERA.....	86
ABILIFY ASIMTUFII.....	32	ADDERALL.....	26	ALTOPREV.....	61
ABILIFY MAINTENA.....	32	ADDERALL XR.....	26	ALTRENO.....	105
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT.....	32	<i>adefovir dipivoxil</i> .....	17	ALUNBRIG.....	21
ABILIFY MYCITE STARTER KIT.....	32	ADEMPAS.....	51	ALVESCO.....	94
<i>abiraterone acetate</i> .....	21	ADLARITY.....	75	<i>alyacen 1/35</i> .....	86
ABRILADA (1 PEN).....	117	ADMELOG.....	78	ALYQ.....	65
ABRILADA (2 SYRINGE).....	117	ADMELOG SOLOSTAR.....	78	AMABELZ.....	91
ABRYSVO.....	54	ADVAIR DISKUS.....	76	<i>amantadine hcl</i> .....	29
ABSORICA.....	99	ADVAIR HFA.....	76	AMBIEN.....	44
ABSORICA LD.....	99	ADZENYS XR-ODT.....	26	AMBIEN CR.....	44
<i>acamprosate calcium</i> .....	31	AEMCOLO.....	7	AMBISOME.....	13
ACANYA.....	102	AFINITOR.....	21	<i>ambrisentan</i> .....	51
<i>acarbose</i> .....	78	AFINITOR DISPERZ.....	21	<i>amcinonide</i> .....	96
AC CUTANE.....	100	AFREZZA.....	78	AMETHIA.....	86
<i>acebutolol hcl</i> .....	66	AGAMREE.....	94	<i>amikacin sulfate</i> .....	7
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	38	AGRYLIN.....	111	<i>amiloride hcl</i> .....	57
<i>acetazolamide</i> .....	108	AIMOVIG.....	28	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ....	57
<i>acetazolamide er</i> .....	108	AIRDUO DIGIHALER.....	76	<i>amiodarone hcl</i> .....	67
<i>acetic acid</i> .....	110	AIRDUO RESPICLICK 113/14...76		AMITIZA.....	73
<i>acetylcysteine</i> .....	117	AIRDUO RESPICLICK 232/14...76		<i>amitriptyline hcl</i> .....	32
ACIPHEX.....	70	AIRDUO RESPICLICK 55/14....76		AMJEVITA.....	118
<i>acitretin</i> .....	100	AIRSUPRA.....	76	AMJEVITA-PED.10KG.IO.....	118
ACTEMRA.....	117	AJOVY.....	28	AMJEVITA-PED.15KG.IO.....	118
ACTEMRA ACTPEN.....	117	AKEEGA.....	21	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ..63	
ACTHAR.....	93	AKLIEF.....	100	<i>amlodipine besylate</i> .....	63
ACTHIB.....	54	ALA SCALP.....	96	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> ....63	
ACTIMMUNE.....	114	<i>ala-cort</i> .....	96	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	63
ACTIVELLA.....	91	<i>albendazole</i> .....	15	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	63
ACTONEL.....	120	<i>albuterol sulfate</i> .....	76	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....	63
ACTOPLUS MET.....	78	<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	76	<i>ammonium lactate</i> .....	105
ACTOS.....	78	<i>alclometasone dipropionate</i> .....	96	AMNESTEEM.....	100
ACULAR.....	106	ALDACTONE.....	68	<i>amoxapine</i> .....	32
ACULAR LS.....	106	ALECENSA.....	21	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> .....70	
ACUVAIL.....	106	<i>alendronate sodium</i> .....	120	<i>amoxicillin</i> .....	7
<i>acyclovir</i> .....	16, 17, 102	<i>alfuzosin hcl er</i> .....	75	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....7	
<i>acyclovir sodium</i> .....	17	<i>aliskiren fumarate</i> .....	68	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> .....7	
ACZONE.....	100	ALKINDI SPRINKLE.....	94	<i>amphetamine sulfate</i> .....	26
ADACEL.....	53	<i>allopurinol</i> .....	114	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> ..26	
<i>adalimumab-aacf (2 pen)</i> .....	117	ALLZITAL.....	38	<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i> .....	26
<i>adalimumab-adaz</i> .....	117	<i>almotriptan malate</i> .....	28	<i>amphet-dextroamphet 3-bead</i> <i>er</i> .....	26
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i> .....	117	<i>alogliptin benzoate</i> .....	78	<i>amphotericin b</i> .....	13
<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i> ..117		<i>alogliptin-metformin hcl</i> .....	78	<i>amphotericin b liposome</i> .....	13
<i>adalimumab-adbm(cdl/uc/hs</i> <i>str)</i> .....	117	<i>alogliptin-pioglitazone</i> .....	78	<i>ampicillin</i> .....	7
<i>adalimumab-adbm(ps/uv</i> <i>starter)</i> .....	117	ALOMIDE.....	106	<i>ampicillin sodium</i> .....	7, 8
<i>adalimumab-fkjp</i> .....	117	<i>alosetron hcl</i> .....	70	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .....8	
		ALPHAGAN P.....	108	AMPYRA.....	121
		<i>alprazolam</i> .....	44	AMRIX.....	77
		<i>alprazolam er</i> .....	43		
		ALPRAZOLAM INTENSOL.....	43		

AMZEEQ.....	102	ASMANEX HFA.....	94	AZSTARYS.....	26
ANAFRANIL.....	32	<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	111	<i>aztreonam</i> .....	8
<i>anagrelide hcl</i> .....	111	ASPRUZYO SPRINKLE.....	67	AZULFIDINE.....	8
<i>anastrozole</i> .....	91	ASSURE ID INSULIN SAFETY		AZULFIDINE EN-TABS.....	8
ANCOBON.....	13	SYR.....	59	<i>bacitracin</i> .....	109
ANDROGEL PUMP.....	86	ASTAGRAF XL.....	116	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	109
ANGELIQ.....	91	ATACAND.....	68	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	106
ANNOVERA.....	86	ATACAND HCT.....	68	<i>baclofen</i> .....	77
ANORO ELLIPTA.....	74	<i>atazanavir sulfate</i> .....	17	BACTRIM.....	8
ANTIVERT.....	72	ATELVIA.....	120	BACTRIM DS.....	8
ANUSOL-HC.....	96	<i>atenolol</i> .....	66	BAFIERTAM.....	114
ANZEMET.....	72	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	66	BALCOLTRA.....	86
<i>apap-caff-dihydrocodeine</i> .....	38	ATIVAN.....	44	<i>balsalazide disodium</i> .....	70
APEXICON E.....	96	<i>atomoxetine hcl</i> .....	31	BALVERSA.....	21
APIDRA.....	78	ATORVALIQ.....	61	BALZIVA.....	87
APIDRA SOLOSTAR.....	78	<i>atorvastatin calcium</i> .....	61	BANZEL.....	45
APLENZIN.....	32	<i>atovaquone</i> .....	16	BAQSIMI ONE PACK.....	84
APOKYN.....	29	<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	16	BARACLUDGE.....	17
<i>apomorphine hcl</i> .....	29	ATRALIN.....	105	BASAGLAR KWIKPEN.....	78
<i>apraclonidine hcl</i> .....	110	<i>atropine sulfate</i> .....	110	BASAGLAR TEMPO PEN.....	79
<i>aprepitant</i> .....	72	ATROVENT HFA.....	74	BAXDELA.....	8
APRI.....	86	AUBAGIO.....	114	<i>bcg vaccine</i> .....	54
APRISO.....	70	AUBRA EQ.....	86	BELBUCA.....	38
APTENSIO XR.....	26	AUGMENTIN.....	8	BELSOMRA.....	44
APTIOM.....	45	AUGMENTIN ES-600.....	8	<i>benazepril hcl</i> .....	68
APTIVUS.....	17	AUGTYRO.....	21	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	68
ARALAST NP.....	51	AURYXIA.....	56	BENICAR.....	68
ARANELLE.....	86	AUSTEDO.....	50	BENICAR HCT.....	68
ARANESP (ALBUMIN FREE)..	112	AUSTEDO XR.....	50	BENLYSTA.....	116
ARAVA.....	118	AUSTEDO XR PATIENT		BENZAMYCIN.....	102
ARAZLO.....	100	TITRATION.....	50	<i>benznidazole</i> .....	16
ARCALYST.....	121	AUVELITY.....	33	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	102
AREXVY.....	54	AUVI-Q.....	76	<i>benztropine mesylate</i> .....	30
<i>arformoterol tartrate</i> .....	76	AVALIDE.....	68	<i>bepotastine besilate</i> .....	106
ARICEPT.....	75	AVAPRO.....	68	BEPREVE.....	106
ARIKAYCE.....	8	AVEED.....	86	BERINERT.....	121
ARIMIDEX.....	91	AVIANE.....	86	BESIVANCE.....	109
<i>aripiprazole</i> .....	32	AVODART.....	120	BESREMI.....	21
ARISTADA.....	32	AVONEX PEN.....	114	<i>betaine</i> .....	121
ARISTADA INITIO.....	32	AVONEX PREFILLED.....	114	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	96
ARIXTRA.....	111	AVYCAZ.....	8	<i>betamethasone dipropionate</i>	
<i>armodafinil</i> .....	26	AYGESTIN.....	93	<i>aug</i> .....	96
ARMONAIR DIGIHALER.....	94	AYVAKIT.....	21	<i>betamethasone valerate</i> .....	96
ARNUITY ELLIPTA.....	94	AZACTAM.....	8	BETAPACE AF.....	66
AROMASIN.....	91	AZASAN.....	116	BETASERON.....	114
ARTHROTEC.....	38	AZASITE.....	109	<i>betaxolol hcl</i> .....	66, 108
ASCOMP-CODEINE.....	38	<i>azathioprine</i> .....	116	<i>bethanechol chloride</i> .....	75
<i>asenapine maleate</i> .....	33	<i>azelaic acid</i> .....	100	BETHKIS.....	8
ASHLYNA.....	86	<i>azelastine hcl</i> .....	106	BETIMOL.....	108
ASMANEX (120 METERED		<i>azelastine-fluticasone</i> .....	106	BETOPTIC-S.....	108
DOSES).....	94	AZELEX.....	100	BEVESPI AEROSPHERE.....	74
ASMANEX (30 METERED		AZILECT.....	29	<i>bexarotene</i> .....	21, 100
DOSES).....	94	<i>azithromycin</i> .....	8	BEXSERO.....	54
ASMANEX (60 METERED		AZOPT.....	108	BEYAZ.....	87
DOSES).....	94	AZOR.....	63	<i>bicalutamide</i> .....	21



BICILLIN C-R.....	8	<i>butalbital-apap-caffeine</i> .....	39	CAROSPIR.....	68
BICILLIN C-R 900/300.....	8	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i> .....	39	<i>carteolol hcl</i> .....	108
BICILLIN L-A.....	8	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> .....	39	CARTIA XT.....	63
BIDIL.....	65	<i>butorphanol tartrate</i> .....	39	<i>carvedilol</i> .....	66
BIJUVA.....	78, 91	BUTRANS.....	39	<i>carvedilol phosphate er</i> .....	66
BIKTARVY.....	17	BYDUREON BCISE.....	79	CASODEX.....	21
BILTRICIDE.....	15	BYETTA 10 MCG PEN.....	79	<i>caspofungin acetate</i> .....	14
<i>bimatoprost</i> .....	108	BYETTA 5 MCG PEN.....	79	CAYSTON.....	8
BIMZELX.....	7	BYLVAY.....	73	<i>cefaclor</i> .....	8
BINOSTO.....	120	BYLVAY (PELLETS).....	73	<i>cefaclor er</i> .....	8
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i> ...70		BYSTOLIC.....	66	<i>cefadroxil</i> .....	8
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	66	<i>cabergoline</i> .....	30	<i>cefazolin sodium</i> .....	8
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ...66		CABLIVI.....	111	<i>cefdinir</i> .....	9
BIVIGAM.....	53	CABOMETYX.....	21	<i>cefepime hcl</i> .....	9
BLISOVI 24 FE.....	87	CABTREO.....	7	<i>cefixime</i> .....	9
BLISOVI FE 1.5/30.....	87	CADUET.....	63	<i>cefotetan disodium</i> .....	9
BONJESTA.....	72	<i>calcipotriene</i> .....	100	<i>cefoxitin sodium</i> .....	9
BOOSTRIX.....	53	<i>calcipotriene-betameth diprop</i> ...96		<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	9
<i>bosentan</i> .....	51	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	84	<i>cefprozil</i> .....	9
BOSULIF.....	21	<i>calcitriol</i> .....	100, 123	<i>ceftazidime</i> .....	9
BRAFTOVI.....	21	<i>calcium acetate</i> .....	58	<i>ceftriaxone sodium</i> .....	9
BREO ELLIPTA.....	94	<i>calcium acetate (phos binder)</i> ...58		<i>cefuroxime axetil</i> .....	9
BREYNA.....	94	CALQUENCE.....	21	<i>cefuroxime sodium</i> .....	9
BREZTRI AEROSPHERE.....	94	CAMBIA.....	39	CELEBREX.....	39
<i>briellyn</i> .....	87	CAMILA.....	87	<i>celecoxib</i> .....	39
BRILINTA.....	111	CAMRESE LO.....	87	CELEXA.....	33
<i>brimonidine tartrate</i> .....	100, 108	CAMZYOS.....	67	CELLCEPT.....	116
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> .....108		CANASA.....	70	CELONTIN.....	46
<i>brinzolamide</i> .....	108	CANCIDAS.....	13	<i>cephalexin</i> .....	9
BRIVIACT.....	45	<i>candesartan cilexetil</i> .....	68	CEQUA.....	106
<i>bromfenac sodium</i> .....	106	<i>candesartan cilexetil-hctz</i> .....68		CERDELGA.....	122
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i> 106		CAPEX.....	96	<i>cetirizine hcl</i> .....	61
<i>bromocriptine mesylate</i> .....	30	CAPLYTA.....	33	CETRAXAL.....	109
BROMSITE.....	106	CAPRELSA.....	21	<i>cevimeline hcl</i> .....	75
BRONCHITOL.....	51	<i>captopril</i> .....	68	CHEMET.....	52
BROVANA.....	76	CARAC.....	100	CHENODAL.....	71
BRUKINSA.....	21	CARAFATE.....	70	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	44
BRYHALI.....	96	CARBAGLU.....	57	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i> ...33	
<i>budesonide</i> .....	94, 96	<i>carbamazepine</i> .....	46	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i> .....74	
<i>budesonide er</i> .....	94	<i>carbamazepine er</i> .....	45	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....109	
<i>budesonide-formoterol</i>		CARBATROL.....	46	<i>chloroquine phosphate</i> .....	16
<i>fumarate</i> .....	94	<i>carbidopa</i> .....	30	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	33
<i>bumetanide</i> .....	57	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	30	<i>chlorthalidone</i> .....	57
BUPAP.....	38	<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	30	<i>chlorzoxazone</i> .....	77
BUPHENYL.....	57	<i>carbidopa-levodopa-</i>		CHOLBAM.....	73
<i>buprenorphine</i> .....	38	<i>entacapone</i> .....	30	<i>cholestyramine</i> .....	61
<i>buprenorphine hcl</i> .....	38	<i>carbinoxamine maleate</i> .....60		<i>cholestyramine light</i> .....61	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> 38		CARDIZEM.....	63	CIALIS.....	65
<i>bupropion hcl</i> .....	33	CARDIZEM CD.....	63	CIBINQO.....	118
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> ...33		CARDIZEM LA.....	63	<i>ciclopirox</i> .....	102
<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....	33	CARDURA.....	66	<i>ciclopirox olamine</i> .....	102
<i>bupropion hcl er (xl)</i> .....	33	CARDURA XL.....	66	<i>cilostazol</i> .....	111
<i>buspironone hcl</i> .....	44	<i>carglumic acid</i> .....	57	CILOXAN.....	109
<i>butalbital-acetaminophen</i> .....	38	<i>carisoprodol</i> .....	77	CIMDUO.....	17
<i>butalbital-apap-caff-cod</i> .....	38	CARNITOR.....	121	<i>cimetidine</i> .....	70

CIMZIA.....	118	<i>clomipramine hcl</i> .....	33	COSOPT PF.....	108
<i>cinacalcet hcl</i> .....	84	<i>clonazepam</i> .....	46	COTELLIC.....	21
CINRYZE.....	121	<i>clonidine</i> .....	65	COTEMPLA XR-ODT.....	26
CIPRO.....	9	<i>clonidine hcl</i> .....	65	COZAAR.....	68
CIPRO HC.....	106	<i>clonidine hcl er</i> .....	65	CREON.....	73
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	9, 109	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	111	CRESEMBA.....	14
<i>ciprofloxacin in d5w</i> .....	9	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	44	CRESTOR.....	61
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	106	<i>clotrimazole</i> .....	103	CRINONE.....	93
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i> ....	109	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	103	<i>cromolyn sodium</i> .....	50, 106
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	33	<i>clozapine</i> .....	33	CROTAN.....	103
CLARAVIS.....	100	CLOZARIL.....	33	CRYSELLE-28.....	87
CLARINEX.....	61	COARTEM.....	16	CUBICIN RF.....	10
CLARINEX-D 12 HOUR.....	61	<i>codeine sulfate</i> .....	39	CUPRIMINE.....	52
<i>clarithromycin</i> .....	9	COLAZAL.....	70	CUVPOSA.....	74
<i>clarithromycin er</i> .....	9	<i>colchicine</i> .....	114	CUVRIOR.....	52
<i>clemastine fumarate</i> .....	60	<i>colchicine-probenecid</i> .....	57	<i>cvs gauze sterile</i> .....	59
CLENPIQ.....	72	COLCRYS.....	114	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	78
CLEOCIN.....	9, 102	<i>colesevelam hcl</i> .....	61	<i>cyclobenzaprine hcl er</i> .....	77, 78
CLEOCIN PHOSPHATE.....	9	COLESTID.....	61	<i>cyclophosphamide</i> .....	21
CLEOCIN-T.....	102	<i>colestipol hcl</i> .....	61	<i>cycloserine</i> .....	15
CLIMARA.....	91	<i>colistimethate sodium (cba)</i> .....	10	CYCLOSET.....	79
CLIMARA PRO.....	91	COMBIGAN.....	108	<i>cyclosporine</i> .....	106, 116
CLINDACIN.....	103	COMBIPATCH.....	91	<i>cyclosporine modified</i> .....	116
CLINDACIN ETZ.....	103	COMBIVENT RESPIMAT.....	76	CYLTEZO (2 PEN).....	118
CLINDAGEL.....	103	COMBIVIR.....	17	CYLTEZO (2 SYRINGE).....	118
<i>clindamycin hcl</i> .....	9	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	21	CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER.....	118
<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	10	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	21	CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER.....	118
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> .....	7, 103	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	21	CYMBALTA.....	33
<i>clindamycin phosphate</i> .....	10, 103	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	59	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	61
<i>clindamycin phosphate in d5w</i> ...	10	COMPLERA.....	17	CYRED EQ.....	87
<i>clindamycin-tretinoin</i> .....	100	COMPRO.....	33	CYSTADANE.....	122
CLINDESSE.....	103	COMTAN.....	30	CYSTADROPS.....	110
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5).....	55	CONCERTA.....	26	CYSTAGON.....	122
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10).....	55	CONDYLOX.....	100	CYSTARAN.....	110
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5).....	56	<i>constulose</i> .....	57	CYTOMEL.....	84
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	56	CONZIP.....	39	CYTOTEC.....	70
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	56	COPAXONE.....	114	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	7, 111
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	56	COPIKTRA.....	21	<i>dalfampridine er</i> .....	122
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	56	CORDRAN.....	97	DALIRESP.....	52
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	56	COREG.....	66	DALVANCE.....	10
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	56	COREG CR.....	66	<i>danazol</i> .....	86
CLINISOL SF.....	56	CORGARD.....	66	DANTRIUM.....	78
<i>clobazam</i> .....	46	CORLANOR.....	67	<i>dantrolene sodium</i> .....	78
<i>clobetasol propionate</i> .....	97	CORTEF.....	95	<i>dapagliflozin pro-metformin er</i> ....	79
<i>clobetasol propionate e</i> .....	97	CORTROPHIN.....	93	<i>dapagliflozin propanediol</i> .....	79
<i>clobetasol propionate emulsion</i> ..	97	COSENTYX.....	100	<i>dapsone</i> .....	15, 100
CLOBEX.....	97	COSENTYX (300 MG DOSE)..	100	DAPTACEL.....	53
CLOBEX SPRAY.....	97	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	100	<i>daptomycin</i> .....	10
<i>clocortolone pivalate</i> .....	97	COSENTYX UNOREADY.....	118	DARAPRIM.....	16
CLODAN.....	97	COSOPT.....	108	<i>darifenacin hydrobromide er</i> .....	60
				<i>darunavir</i> .....	17
				DAURISMO.....	21

DAYBUE.....	31	DIASTAT ACUDIAL.....	46	DOVATO.....	17
DAYPRO.....	39	<i>diazepam</i> .....	44, 46	<i>doxazosin mesylate</i> .....	66
DAYTRANA.....	26	DIAZEPAM INTENSOL.....	44	<i>doxepin hcl</i> .....	33, 105
DAYVIGO.....	44	<i>diazoxide</i> .....	84	<i>doxercalciferol</i> .....	123
DDAVP.....	93	DIBENZYLINE.....	75	DOXY 100.....	10
DEBLITANE.....	87	DICLEGIS.....	72	<i>doxycycline</i> .....	100
<i>deferasirox</i> .....	52	<i>diclofenac epolamine</i> .....	39	<i>doxycycline hyclate</i> .....	10
<i>deferasirox granules</i> .....	52	<i>diclofenac potassium</i> .....	39	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	10
<i>deferiprone</i> .....	52	<i>diclofenac potassium(migraine)</i> .....	39	<i>doxylamine-pyridoxine</i> .....	72
<i>deflazacort</i> .....	95	<i>diclofenac sodium</i> .....	39, 97, 106	dronabinol.....	72
DELESTROGEN.....	91	<i>diclofenac sodium er</i> .....	39	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> ...87	
DELSTRIGO.....	17	<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	39	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ...87	
DELZICOL.....	70	<i>dicloxacillin sodium</i> .....	10	DROXIA.....	22
<i>demeclocycline hcl</i> .....	10	<i>dicyclomine hcl</i> .....	74	<i>droxidopa</i> .....	76
DEMEROL.....	39	DIFFERIN.....	100	DUAKLIR PRESSAIR.....	74
DEMSEER.....	122	DIFICID.....	10	DUAVEE.....	91
DENAVIR.....	103	<i>diflorasone diacetate</i> .....	97	DUETACT.....	79
DEPAKOTE.....	46	DIFLUCAN.....	14	DUEXIS.....	39
DEPAKOTE ER.....	46	<i>diflunisal</i> .....	39	DULERA.....	95
DEPAKOTE SPRINKLES.....	46	<i>difluprednate</i> .....	106	<i>duloxetine hcl</i> .....	33
DEPEN TITRATABS.....	52	<i>digoxin</i> .....	67	DUOBRII.....	97
DEPO-ESTRADIOL.....	91	<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	75	DUOPA.....	30
DEPO-PROVERA.....	93	DILANTIN.....	46	DUPIXENT.....	50, 100
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	94	DILANTIN INFATABS.....	46	DUREZOL.....	106
DEPO-TESTOSTERONE.....	86	DILAUDID.....	39	<i>dutasteride</i> .....	120
DERMA-SMOOTH/FS SCALP.....	97	<i>diltiazem hcl</i> .....	63	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> .....	120
DERMOTIC.....	106	<i>diltiazem hcl er</i> .....	63	DYANAVEL XR.....	27
DESCOVY.....	17	<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	63	DYMISTA.....	106
<i>desipramine hcl</i> .....	33	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .....	63	DYRENIUM.....	57
<i>desloratadine</i> .....	61	<i>dilt-xr</i> .....	63	E.E.S. 400.....	10
<i>desmopressin ace spray refrig</i> ...93		<i>dimethyl fumarate</i> .....	114	E.E.S. GRANULES.....	10
<i>desmopressin acetate</i> .....	93	<i>dimethyl fumarate starter pack</i> .....	114	<i>ec-naproxen</i> .....	39
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	87	DIOVAN.....	68	<i>econazole nitrate</i> .....	103
<i>desonide</i> .....	97	DIOVAN HCT.....	68	EDARBI.....	68
DESOWEN.....	97	DIPENTUM.....	70	EDARBYCLOR.....	68
<i>desoximetasone</i> .....	97	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	70	EDECIN.....	57
<i>desvenlafaxine er</i> .....	33	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i> .....	53	EDLUAR.....	44
<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	33	DIPROLENE.....	97	EDURANT.....	17
DETROL.....	60	<i>dipyridamole</i> .....	65	<i>efavirenz</i> .....	17
DETROL LA.....	60	<i>disopyramide phosphate</i> .....	67	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> ....17	
<i>dexabliss</i> .....	95	<i>disulfiram</i> .....	117	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> ...17	
<i>dexamethasone</i> .....	95	DIURIL.....	57	EFFEXOR XR.....	33
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	106	<i>divalproex sodium</i> .....	46	EFFIENT.....	111
DEXEDRINE.....	26	<i>divalproex sodium er</i> .....	46	EFUDEX.....	100
DEXILANT.....	70	DIVIGEL.....	91	EGRIFTA SV.....	85
<i>dexlansoprazole</i> .....	70	<i>dofetilide</i> .....	67	ELESTRIN.....	91
<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	27	DOJOLVI.....	56	<i>eletriptan hydrobromide</i> .....	28
<i>dexmethylphenidate hcl er</i> .....	27	DOLISHALE.....	87	ELIDEL.....	101
<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	27	<i>donepezil hcl</i> .....	75	ELIGARD.....	92
<i>dextroamphetamine sulfate er</i> ...27		DOPTLET.....	112	ELIQUIS.....	111
<i>dextrose</i> .....	56	DORYX MPC.....	10	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	111
<i>dextrose-nacl</i> .....	58	<i>dorzolamide hcl</i> .....	108	ELMIRON.....	122
DHIVY.....	30	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .....	108	ELURYNG.....	87
DIACOMIT.....	46	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i> ..108		ELYXYB.....	39
		DOTTI.....	91		

EMEND.....	72	ERTACZO.....	103	EXTAVIA.....	114
EMEND TRI-PACK.....	72	<i>ertapenem sodium</i> .....	10	EYSUVIS.....	106
EMFLAZA.....	95	<i>ery</i> .....	103	EZALLOR SPRINKLE.....	61
EMGALITY.....	28	ERYGEL.....	103	<i>ezetimibe</i> .....	61
EMGALITY (300 MG DOSE).....	28	ERYPED 200.....	10	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	61
EMSAM.....	30	ERYPED 400.....	10	FABHALTA.....	121
<i>emtricitabine</i> .....	17	ERY-TAB.....	10	FABIOR.....	101
<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....	17	ERYTHROCIN		FALMINA.....	87
EMTRIVA.....	17	LACTOBIONATE.....	10	<i>famciclovir</i> .....	18
EMVERM.....	15	ERYTHROCIN STEARATE.....	10	<i>famotidine</i> .....	71
<i>enalapril maleate</i> .....	68	<i>erythromycin</i> .....	11, 103, 109	FANAPT.....	34
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....	68	<i>erythromycin base</i> .....	10	FANAPT TITRATION PACK.....	34
ENBREL.....	118	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	10, 11	FARESTON.....	92
ENBREL MINI.....	118	ESBRIET.....	50	FARXIGA.....	79
ENBREL SURECLICK.....	118	<i>escitalopram oxalate</i> .....	33	FASENRA.....	50
ENDARI.....	122	ESGIC.....	39	FASENRA PEN.....	50
ENDOCET.....	39	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	71	<i>febuxostat</i> .....	114
ENGERIX-B.....	54	ESTARYLLA.....	87	<i>felbamate</i> .....	46
ENILLORING.....	87	<i>estazolam</i> .....	44	FELBATOL.....	46
<i>enoxaparin sodium</i> .....	111	ESTRACE.....	91	FELDENE.....	39
ENPRESSE-28.....	87	<i>estradiol</i> .....	91	<i>felodipine er</i> .....	64
ENSKYCE.....	87	<i>estradiol valerate</i> .....	91	FEMARA.....	92
ENSPRYNG.....	114	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	91	FEMRING.....	92
ENSTILAR.....	97	ESTRING.....	91	<i>fenofibrate</i> .....	61, 62
<i>entacapone</i> .....	30	ESTROGEL.....	91	<i>fenofibrate micronized</i> .....	61
ENTADFI.....	120	<i>eszopiclone</i> .....	44	<i>fenofibric acid</i> .....	62
<i>entecavir</i> .....	17	<i>ethacrynic acid</i> .....	57	FENOGLIDE.....	62
ENTRESTO.....	68	<i>ethambutol hcl</i> .....	15	<i>fenoprofen calcium</i> .....	39
ENTYVIO.....	73	<i>ethosuximide</i> .....	46	<i>fentanyl</i> .....	40
<i>enulose</i> .....	57	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	87	<i>fentanyl citrate</i> .....	39, 40
ENVARUSUS XR.....	116	<i>etodolac</i> .....	39	FENTORA.....	40
EPCLUSA.....	17	<i>etodolac er</i> .....	39	FERRIPROX.....	52
EPIDIOLEX.....	46	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	87	FERRIPROX TWICE-A-DAY.....	52
EPIDUO.....	101	<i>etravirine</i> .....	18	<i>fesoterodine fumarate er</i> .....	60
EPIDUO FORTE.....	101	EUCRISA.....	97	FETZIMA.....	34
<i>epinastine hcl</i> .....	106	EUTHYROX.....	84	FETZIMA TITRATION.....	34
<i>epinephrine</i> .....	76	EVAMIST.....	91	FEXMID.....	78
EPIPEN 2-PAK.....	76	EVEKEO.....	27	FIASP.....	79
EPIPEN JR 2-PAK.....	76	EVEKEO ODT.....	27	FIASP FLEXTOUCH.....	79
EPITOL.....	46	EVENITY.....	122	FIASP PENFILL.....	79
EPIVIR.....	17	<i>everolimus</i> .....	22, 116	FILSPARI.....	122
<i>eplerenone</i> .....	68	EVISTA.....	91	FINACEA.....	101
EPOGEN.....	112	EVOTAZ.....	18	<i>finasteride</i> .....	120
EPRONTIA.....	46	EVOXAC.....	75	<i>finngolimod hcl</i> .....	114
EPSOLAY.....	103	EVRYSDI.....	122	FINTEPLA.....	46
EPZICOM.....	17	EXEL COMFORT POINT PEN		FINZALA.....	87
EQUETRO.....	46	NEEDLE.....	59	FIORICET.....	40
ERAXIS.....	14	EXELDERM.....	103	FIORICET/CODEINE.....	40
<i>ergoloid mesylates</i> .....	75	EXELON.....	75	FIRAZYR.....	121
<i>ergotamine-caffeine</i> .....	28	<i>exemestane</i> .....	92	FIRDAPSE.....	122
ERIVEDGE.....	22	EXFORGE.....	64	FIRMAGON.....	93
ERLEADA.....	22	EXFORGE HCT.....	64	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	92
<i>erlotinib hcl</i> .....	22	EXJADE.....	52	FIRVANQ.....	11
ERMEZA.....	84	EXKIVITY.....	22	FLAC.....	106
ERRIN.....	87	EXSERVAN.....	31	FLAGYL.....	16

FLAREX.....	107	FULPHILA.....	112	<i>glyburide-metformin</i> .....	79
<i>flavoxate hcl</i> .....	60	FUROSCIX.....	57	GLYCATE.....	74
<i>flecainide acetate</i> .....	67	<i>furosemide</i> .....	57, 58	<i>glycopyrrolate</i> .....	74
FLECTOR.....	40	FUZEON.....	18	GLYNASE.....	79
FLEQSUVY.....	78	FYAVOLV.....	92	GLYXAMBI.....	79
<i>flolipid</i> .....	62	FYCOMPA.....	47	GOCOVRI.....	30
FLOMAX.....	75	FYLNETRA.....	111	GOLYTELY.....	73
<i>fluconazole</i> .....	14	<i>gabapentin</i> .....	47	GRALISE.....	40
<i>fluconazole in sodium chloride</i> ...	14	<i>gabapentin (once-daily)</i> .....	40	<i>granisetron hcl</i> .....	72
<i>flucytosine</i> .....	14	GALAFOLD.....	122	GRANIX.....	112
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	95	<i>galantamine hydrobromide</i> .....	75	GRASTEK.....	53
<i>flunisolide</i> .....	107	<i>galantamine hydrobromide er</i> .....	75	<i>griseofulvin microsize</i> .....	14
<i>fluocinolone acetonide</i> .....	98, 107	GAMMAGARD.....	53	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	14
<i>fluocinolone acetonide scalp</i> .....	98	GAMMAGARD S/D LESS IGA... 53		<i>guanfacine hcl</i> .....	65
<i>fluocinonide</i> .....	98	GAMMAKED.....	53	<i>guanfacine hcl er</i> .....	31
<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	98	GAMMAPLEX.....	53	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	84
<i>fluorometholone</i> .....	107	GAMUNEX-C.....	53	GVOKE KIT.....	84
<i>fluorouracil</i> .....	101	GARDASIL 9.....	54	GVOKE PFS.....	84
<i>fluoxetine hcl</i> .....	34	GASTROCROM.....	50	GYNAZOLE-1.....	103
<i>fluoxetine hcl (padded)</i> .....	34	<i>gatifloxacin</i> .....	109	HADLIMA.....	118
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	34	GATTEX.....	73	HADLIMA PUSH TOUCH.....	118
<i>fluphenazine hcl</i> .....	34	GAVILYTE-C.....	73	HAEGARDA.....	121
<i>flurandrenolide</i> .....	98	GAVILYTE-G.....	73	HAILEY 24 FE.....	87
<i>flurazepam hcl</i> .....	44	GAVRETO.....	22	<i>halcinonide</i> .....	98
<i>flurbiprofen</i> .....	40	<i>gefitinib</i> .....	22	HALCION.....	44
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	107	<i>gemfibrozil</i> .....	62	HALDOL DECANOATE.....	34
<i>fluticasone furoate-vilanterol</i> .....	95	GEMMILY.....	87	<i>halobetasol propionate</i> .....	98
<i>fluticasone propionate</i> .....	98, 107	GEMTESA.....	60	HALOETTE.....	87
<i>fluticasone propionate diskus</i> .....	95	<i>generlac</i> .....	57	HALOG.....	98
<i>fluticasone propionate hfa</i> .....	95	GENGRAF.....	116	<i>haloperidol</i> .....	34
<i>fluticasone-salmeterol</i> .....	76, 77	GENOTROPIN.....	85	<i>haloperidol decanoate</i> .....	34
<i>fluvastatin sodium</i> .....	62	GENOTROPIN MINIQUICK.....	85	<i>haloperidol lactate</i> .....	34
<i>fluvastatin sodium er</i> .....	62	<i>gentamicin in saline</i> .....	11	HARVONI.....	18
<i>fluvoxamine maleate</i> .....	34	<i>gentamicin sulfate</i> .....	11, 103, 110	HAVRIX.....	54
<i>fluvoxamine maleate er</i> .....	34	GENVOYA.....	18	HEATHER.....	87
FML FORTE.....	107	GEODON.....	34	HELIDAC THERAPY.....	71
FML LIQUIFILM.....	107	GILENYA.....	114	HEMADY.....	95
FOCALIN.....	27	GILOTRIF.....	22	<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	111
FOCALIN XR.....	27	GIMOTI.....	72	HEPLISAV-B.....	54
<i>fondaparinux sodium</i> .....	111	GLASSIA.....	51	HETLIOZ.....	44
FORFIVO XL.....	34	<i>glatiramer acetate</i> .....	114	HETLIOZ LQ.....	44
<i>formoterol fumarate</i> .....	77	GLATOPA.....	114, 115	HIBERIX.....	54
FORTEO.....	84	GLEEVEC.....	22	HIPREX.....	15
FOSAMAX.....	120	GLEOSTINE.....	22	HORIZANT.....	47
FOSAMAX PLUS D.....	120	<i>glimepiride</i> .....	79	HULIO (2 PEN).....	118
<i>fosamprenavir calcium</i> .....	18	<i>glipizide</i> .....	79	HULIO (2 SYRINGE).....	118
<i>fosfomycin tromethamine</i> .....	15	<i>glipizide er</i> .....	79	HUMALOG.....	80
<i>fosinopril sodium</i> .....	68	<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	79	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	80
<i>fosinopril sodium-hctz</i> .....	68	<i>global alcohol prep ease</i> .....	59	HUMALOG KWIKPEN.....	80
FOSRENOL.....	56	GLUCAGEN HYPOKIT.....	84	HUMALOG MIX 50/50.....	
FOTIVDA.....	22	<i>glucagon emergency</i> .....	84	KWIKPEN.....	80
FRAGMIN.....	111	GLUCOTROL XL.....	79	HUMALOG MIX 75/25.....	80
FROVA.....	28	GLUMETZA.....	79	HUMALOG MIX 75/25.....	
<i>frovatriptan succinate</i> .....	28	<i>glyburide</i> .....	79	KWIKPEN.....	80
FRUZAQLA.....	22	<i>glyburide micronized</i> .....	79	HUMALOG TEMPO PEN.....	80

HUMATIN.....	16	IBSRELA.....	73	<i>insulin degludec</i> .....	80
HUMATROPE.....	85	IBU.....	40	<i>insulin degludec flextouch</i> .....	80
HUMIRA (2 PEN).....	118	<i>ibuprofen</i> .....	40	<i>insulin glargine</i> .....	80
HUMIRA (2 SYRINGE).....	118	<i>ibuprofen-famotidine</i> .....	40	<i>insulin glargine max solostar</i> .....	80
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER		<i>icatibant acetate</i> .....	121	<i>insulin glargine solostar</i> .....	80
.....	118	ICLEVIA.....	87	<i>insulin glargine-yfgn</i> .....	80
HUMIRA-PED.....	119	ICLUSIG.....	22	<i>insulin lispro</i> .....	81
HUMIRA-PED>=40KG		<i>icosapent ethyl</i> .....	62	<i>insulin lispro (1 unit dial)</i> .....	80
CROHNS START.....	119	IDACIO (2 PEN).....	119	<i>insulin lispro junior kwikpen</i> .....	81
HUMIRA-PED>=40KG UC		IDACIO (2 SYRINGE).....	119	<i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> .....	81
STARTER.....	119	IDACIO-CROHNS/UC		INTELENCE.....	18
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		STARTER.....	119	INTRALIPID.....	56
STARTER.....	119	IDACIO-PSORIASIS STARTER		INTRAROSA.....	95
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		.....	119	INTROVALE.....	87
STARTER.....	119	IDHIFA.....	22	INTUNIV.....	31
HUMULIN 70/30.....	80	ILEVRO.....	107	INVANZ.....	11
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	80	ILUMYA.....	101	INVEGA.....	34
HUMULIN N.....	80	<i>imatinib mesylate</i> .....	22	INVEGA HAFYERA.....	34
HUMULIN N KWIKPEN.....	80	IMBRUVICA.....	22	INVEGA SUSTENNA.....	35
HUMULIN R.....	80	<i>imipenem-cilastatin</i> .....	11	INVEGA TRINZA.....	35
HUMULIN R U-500		<i>imipramine hcl</i> .....	34	INVELTYS.....	107
(CONCENTRATED).....	80	<i>imipramine pamoate</i> .....	34	INVOKAMET.....	81
HUMULIN R U-500 KWIKPEN...80		<i>imiquimod</i> .....	101	INVOKAMET XR.....	81
<i>hydralazine hcl</i> .....	65	<i>imiquimod pump</i> .....	101	INVOKANA.....	81
HYDREA.....	22	IMITREX.....	28	IOPIDINE.....	110
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	58	IMITREX STATDOSE REFILL...29		IPOL.....	54
<i>hydrocodone bitartrate er</i> .....	40	IMITREX STATDOSE SYSTEM.29		<i>ipratropium bromide</i> .....	74
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ....40		IMOVAX RABIES.....	54	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	77
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	40	IMPAVIDO.....	16	<i>irbesartan</i> .....	69
<i>hydrocortisone</i> .....	95, 98	IMURAN.....	116	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ...69	
<i>hydrocortisone (perianal)</i> .....98		IMVEXXY MAINTENANCE		IRESSA.....	22
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i> .105		PACK.....	92	ISENTRESS.....	18
<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	98	IMVEXXY STARTER PACK.....	92	ISENTRESS HD.....	18
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	98	INBRIJA.....	30	ISIBLOOM.....	87
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....107		INCASSIA.....	87	ISOLYTE-P IN D5W.....	58
<i>hydromorphone hcl</i> .....	40	INCRELEX.....	85	ISOLYTE-S PH 7.4.....	58
<i>hydromorphone hcl er</i> .....	40	INCRUSE ELLIPTA.....	74	<i>isoniazid</i> .....	15
<i>hydromorphone hcl pf</i> .....	40	<i>indapamide</i> .....	58	ISORDIL TITRADOSE.....	65
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....16		INDERAL LA.....	66	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i> .....65	
<i>hydroxyurea</i> .....	22	INDOCIN.....	40	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	65
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	44	<i>indomethacin</i> .....	40, 41	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	65
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	44	<i>indomethacin er</i> .....	40	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	65
HYFTOR.....	101	INFANRIX.....	53	<i>isotretinoin</i> .....	101
HYRIMOZ.....	119	INGREZZA.....	50	<i>isradipine</i> .....	64
HYRIMOZ-CROHNS/UC		INLYTA.....	22	ISTALOL.....	108
STARTER.....	119	INNOPRAN XL.....	66	ISTURISA.....	122
HYRIMOZ-PED.....	119	INPEFA.....	61, 80	<i>itraconazole</i> .....	14
HYRIMOZ-PED>=40KG		INQOVI.....	22	<i>ivermectin</i> .....	15, 103
CROHN START.....	119	INREBIC.....	22	IWILFIN.....	22
HYRIMOZ-PLAQUE		INSPIRA.....	69	IXCHIQ.....	54
PSORIASIS START.....	119	<i>insulin asp prot &amp; asp flexpen</i> ....80		IXIARO.....	54
HYSINGLA ER.....	40	<i>insulin aspart</i> .....	80	IYUZEH.....	108
HYZAAR.....	69	<i>insulin aspart flexpen</i> .....	80	JADENU.....	52
<i>ibandronate sodium</i> .....	120	<i>insulin aspart penfill</i> .....	80	JADENU SPRINKLE.....	52
IBRANCE.....	22	<i>insulin aspart prot &amp; aspart</i> .....80		JAKAFI.....	22

JANTOVEN.....	111	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	92	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i> .....	18
JANUMET.....	81	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	92	LEENA.....	88
JANUMET XR.....	81	KITABIS PAK.....	11	<i>leflunomide</i> .....	119
JANUVIA.....	81	KLARON.....	104	<i>lenalidomide</i> .....	23
JARDIANCE.....	81	KLISYRI.....	101	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	23
JASMIEL.....	87	KLONOPIIN.....	47	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	23
JATENZO.....	86	KLOR-CON.....	58	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	23
JAVYGTOR.....	122	KLOR-CON 10.....	58	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	23
JAYPIRCA.....	22	KLOR-CON M10.....	58	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	23
JENTADUETO.....	81	KLOR-CON M15.....	58	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	23
JENTADUETO XR.....	81	KLOR-CON M20.....	58	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	23
JINTELI.....	92	KLOXXADO.....	45	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	23
JOENJA.....	115	KONVOMEPEP.....	71	LESCOL XL.....	62
JORNAY PM.....	27	KORLYM.....	81	LESSINA.....	88
JOYEAX.....	87	KOSELUGO.....	22	LETAIRIS.....	51
JUBLIA.....	103	KOURZEQ.....	7	<i>letrozole</i> .....	92
JULEBER.....	87	KRAZATI.....	23	<i>leucovorin calcium</i> .....	117
JULUCA.....	18	KRINTAFEL.....	16	LEUKERAN.....	23
JUNEL 1.5/30.....	88	KRISTALOSE.....	57	LEUKINE.....	112
JUNEL 1/20.....	88	KURVELO.....	88	<i>leuprolide acetate</i> .....	93
JUNEL FE 1.5/30.....	88	KUVAN.....	122	<i>leuprolide acetate (3 month)</i> .....	93
JUNEL FE 1/20.....	88	KYLEENA.....	88	<i>levabuterol hcl</i> .....	77
JUNEL FE 24.....	88	<i>labetalol hcl</i> .....	66	<i>levabuterol tartrate</i> .....	77
JUXTAPID.....	62	<i>lacosamide</i> .....	47	<i>levamlodipine maleate</i> .....	63
JYNARQUE.....	58	LACRISERT.....	110	LEVEMIR.....	81
JYNNEOS.....	54	<i>lactulose</i> .....	57	LEVEMIR FLEXPEN.....	81
KAITLIB FE.....	88	LAGEVRIO.....	18	<i>levetiracetam</i> .....	47
KALETRA.....	18	LAMICTAL.....	47	<i>levetiracetam er</i> .....	47
KALYDECO.....	52	LAMICTAL ODT.....	47	<i>levobunolol hcl</i> .....	109
KARIVA.....	88	LAMICTAL STARTER.....	47	<i>levocarnitine</i> .....	122
KATERZIA.....	64	LAMICTAL XR.....	47	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	61
KAZANO.....	81	<i>lamivudine</i> .....	18	<i>levofloxacin</i> .....	11, 110
<i>kcl in dextrose-nacl</i> .....	58	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	18	<i>levofloxacin in d5w</i> .....	11
<i>kcl-lactated ringers-d5w</i> .....	58	<i>lamotrigine</i> .....	47	LEVONEST.....	88
KELNOR 1/35.....	88	<i>lamotrigine er</i> .....	47	<i>levonorgest-eth est &amp; eth est</i> .....	88
KELNOR 1/50.....	88	<i>lamotrigine starter kit-blue</i> .....	47	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> .....	88
KENALOG.....	98	<i>lamotrigine starter kit-green</i> .....	47	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	88
KEPPRA.....	47	<i>lamotrigine starter kit-orange</i> .....	47	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	88
KEPPRA XR.....	47	LAMPIT.....	16	LEVORA 0.15/30 (28).....	88
KERENDIA.....	69	LANOXIN.....	67	<i>levorphanol tartrate</i> .....	41
KESIMPTA.....	115	<i>lansoprazole</i> .....	71	<i>levothyroxine sodium</i> .....	84
<i>ketoconazole</i> .....	14, 103	<i>lanthanum carbonate</i> .....	56	LEVOXYL.....	84
KETODAN.....	103	LANTUS.....	81	LEXAPRO.....	35
<i>ketoprofen</i> .....	41	LANTUS SOLOSTAR.....	81	LEXETTE.....	98
<i>ketoprofen er</i> .....	41	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	23	LEXIVA.....	18
<i>ketorolac tromethamine</i> .....	41, 107	LARIN 1.5/30.....	88	LIALDA.....	70
KEVEYIS.....	120	LARIN 1/20.....	88	LIBRAX.....	74
KEVZARA.....	119	LARIN FE 1.5/30.....	88	LICART.....	41
KINERET.....	119	LARIN FE 1/20.....	88	<i>lidocaine</i> .....	105
KINRIX.....	53	LASIX.....	58		
KISQALI (200 MG DOSE).....	22	<i>latanoprost</i> .....	109		
KISQALI (400 MG DOSE).....	22	LATUDA.....	35		
KISQALI (600 MG DOSE).....	22	LAYOLIS FE.....	88		
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	92				

<i>lidocaine hcl</i> .....	105	LOTREL.....	64	MARPLAN.....	35
<i>lidocaine viscous hcl</i> .....	109	LOTRONEX.....	70	MATULANE.....	23
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	105	<i>lovastatin</i> .....	62	MATZIM LA.....	64
LIDOCAN.....	7	LOVAZA.....	62	MAVENCLAD (10 TABS).....	116
LIDODERM.....	105	LOVENOX.....	112	MAVENCLAD (4 TABS).....	116
LILETTA (52 MG).....	88	LOW-OGESTREL.....	88	MAVENCLAD (5 TABS).....	116
<i>linezolid</i> .....	11	<i>loxapine succinate</i> .....	35	MAVENCLAD (6 TABS).....	116
LINZESS.....	73	<i>lubiprostone</i> .....	73	MAVENCLAD (7 TABS).....	116
<i>liothyronine sodium</i> .....	84	LUCEMYRA.....	77	MAVENCLAD (8 TABS).....	116
LIPITOR.....	62	<i>luliconazole</i> .....	104	MAVENCLAD (9 TABS).....	116
LIPOFEN.....	62	LUMAKRAS.....	23	MAVYRET.....	18
LIQREV.....	65	LUMIGAN.....	109	MAXALT.....	29
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> .....	27	LUMRYZ.....	31	MAXALT-MLT.....	29
<i>lisinopril</i> .....	69	LUNESTA.....	44	MAXIDEX.....	107
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	69	LUPKYNIS.....	116	MAXITROL.....	107
LITFULO.....	7	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	93	MAYZENT.....	115
<i>lithium</i> .....	31	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	93	MAYZENT STARTER PACK.....	115
<i>lithium carbonate</i> .....	31	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	93	<i>meclizine hcl</i> .....	72
<i>lithium carbonate er</i> .....	31	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	93	<i>meclofenamate sodium</i> .....	41
LITHOBID.....	31	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....	93	MEDROL.....	95
LITHOSTAT.....	57	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....	93	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	94
LIVALO.....	62	LUPRON DEPOT-PED (6- MONTH).....	93	<i>mefenamic acid</i> .....	41
LIVMARLI.....	73	<i>lurasidone hcl</i> .....	35	<i>mefloquine hcl</i> .....	16
LIVTENCITY.....	18	LUTERA.....	89	<i>megestrol acetate</i> .....	94
LO LOESTRIN FE.....	88	LUZU.....	104	MEKINIST.....	23
LOCOID.....	98	LYBALVI.....	35	MEKTOVI.....	23
LOCOID LIPOCREAM.....	98	LYLEQ.....	89	<i>meloxicam</i> .....	41
LODINE.....	41	LYLLANA.....	92	<i>memantine hcl</i> .....	31
LODOCO.....	122	LYNPARZA.....	23	<i>memantine hcl er</i> .....	31
LODOSYN.....	30	LYRICA.....	47	MENACTRA.....	54
LOESTRIN 1.5/30 (21).....	88	LYRICA CR.....	41	MENEST.....	92
LOESTRIN 1/20 (21).....	88	LYSODREN.....	23	MENOSTAR.....	92
LOESTRIN FE 1.5/30.....	88	LYTGObI (12 MG DAILY DOSE).....	23	MENQUADFI.....	54
LOESTRIN FE 1/20.....	88	LYTGObI (16 MG DAILY DOSE).....	23	MENVEO.....	54
LOFENA.....	41	LYTGObI (20 MG DAILY DOSE).....	23	<i>meperidine hcl</i> .....	41
LOKELMA.....	56	LYUMJEV.....	81	<i>meprobamate</i> .....	44
LOMOTIL.....	70	LYUMJEV KWIKPEN.....	81	MEPRON.....	16
LONSURF.....	23	LYUMJEV TEMPO PEN.....	81	<i>mercaptopurine</i> .....	23
<i>loperamide hcl</i> .....	70	LYVISPAH.....	78	<i>meropenem</i> .....	11
LOPID.....	62	LYZA.....	89	MERZEE.....	89
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	18	MACROBID.....	15	<i>mesalamine</i> .....	70
LOPRESSOR.....	66	MACRODANTIN.....	15	<i>mesalamine er</i> .....	70
LOPROX.....	104	<i>mafenide acetate</i> .....	104	MESNEX.....	117
<i>lorazepam</i> .....	44	<i>magnesium sulfate</i> .....	47	MESTINON.....	75
LORAZEPAM INTENSOL.....	44	MALARONE.....	16	<i>metaxalone</i> .....	78
LORBRENA.....	23	<i>malathion</i> .....	104	<i>metformin hcl</i> .....	81, 82
LOREEV XR.....	44	<i>maraviroc</i> .....	18	<i>metformin hcl er</i> .....	81
LORYNA.....	88	MARINOL.....	72	<i>metformin hcl er (mod)</i> .....	81
LORZONE.....	78	<i>marlissa</i> .....	89	<i>metformin hcl er (osm)</i> .....	81
<i>losartan potassium</i> .....	69			<i>methadone hcl</i> .....	41
<i>losartan potassium-hctz</i> .....	69			<i>methamphetamine hcl</i> .....	27
LOTEMAX.....	107			<i>methazolamide</i> .....	109
LOTEMAX SM.....	107			<i>methenamine hippurate</i> .....	15
LOTENSIN.....	69			<i>methimazole</i> .....	84
<i>loteprednol etabonate</i> .....	107			<i>methitest</i> .....	86



<i>methocarbamol</i> .....	78	MIRVASO.....	101	<i>naproxen sodium</i> .....	42
<i>methotrexate sodium</i> .....	23	<i>misoprostol</i> .....	71	<i>naproxen sodium er</i> .....	42
<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	23	MITIGARE.....	114	<i>naproxen-esomeprazole mg</i> .....	42
<i>methoxsalen rapid</i> .....	99	M-M-R II.....	54	<i>naratriptan hcl</i> .....	29
<i>methscopolamine bromide</i> .....	74	<i>modafinil</i> .....	27, 28	NARDIL.....	35
<i>methsuximide</i> .....	48	<i>moexipril hcl</i> .....	69	NATACYN.....	110
METHYLIN.....	27	<i>molindone hcl</i> .....	35	NATAZIA.....	89
<i>methylphenidate</i> .....	27	<i>mometasone furoate</i> .....	99, 107	<i>nateglinide</i> .....	82
<i>methylphenidate hcl</i> .....	27	<i>montelukast sodium</i> .....	50	NATESTO.....	86
<i>methylphenidate hcl er</i> .....	27	<i>morphine sulfate</i> .....	41	NATROBA.....	104
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i> .....	27	<i>morphine sulfate (concentrate)</i> ..	41	NAYZILAM.....	48
<i>methylphenidate hcl er (la)</i> .....	27	<i>morphine sulfate er</i> .....	41	<i>nebivolol hcl</i> .....	67
<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> .....	27	<i>morphine sulfate er beads</i> .....	41	NEBUPENT.....	16
<i>methylphenidate hcl er (xr)</i> .....	27	MOTEGRITY.....	74	NECON 0.5/35 (28).....	89
<i>methylprednisolone</i> .....	95	MOTPOLY XR.....	48	<i>nefazodone hcl</i> .....	35
<i>methyltestosterone</i> .....	86	MOUNJARO.....	82	<i>neomycin sulfate</i> .....	11
<i>metoclopramide hcl</i> .....	72	MOVANTIK.....	74	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>	
<i>metolazone</i> .....	58	MOVIPREP.....	73	<i>polymyx</i> .....	110
<i>metoprolol succinate er</i> .....	66	<i>moxifloxacin hcl</i> .....	11, 110	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	107
<i>metoprolol tartrate</i> .....	66	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i> .....	11	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	66	MS CONTIN.....	41	.....	110
METROCREAM.....	104	MULPLETA.....	112	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	107
METROGEL.....	104	MULTAQ.....	67	NEO-POLYCIN.....	110
METROLOTION.....	104	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i> .....	58	NEO-POLYCIN HC.....	107
<i>metronidazole</i> .....	16, 104	<i>mupirocin</i> .....	104	NEORAL.....	116
<i>metyrosine</i> .....	122	<i>mupirocin calcium</i> .....	104	NEO-SYNALAR.....	99
<i>mexiletine hcl</i> .....	67	MYALEPT.....	93	NERLYNX.....	23
MIBELAS 24 FE.....	89	MYAMBUTOL.....	15	NESINA.....	82
<i>micafungin sodium</i> .....	14	MYCAMINE.....	14	NEUAC.....	104
MICARDIS.....	69	MYCAPSSA.....	85	NEULASTA.....	112
MICARDIS HCT.....	69	MYCOBUTIN.....	15	NEUPOGEN.....	112
<i>miconazole 3</i> .....	104	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	116	NEUPRO.....	30
MICROGESTIN 1.5/30.....	89	<i>mycophenolate sodium</i> .....	116	NEURONTIN.....	48
MICROGESTIN 1/20.....	89	MYDAYIS.....	28	NEVANAC.....	107
MICROGESTIN 24 FE.....	89	MYFEMBREE.....	93	<i>nevirapine</i> .....	19
MICROGESTIN FE 1.5/30.....	89	MYFORTIC.....	116	<i>nevirapine er</i> .....	18
MICROGESTIN FE 1/20.....	89	MYRBETRIQ.....	60	NEXAVAR.....	23
<i>midodrine hcl</i> .....	77	MYSOLINE.....	48	NEXICLON XR.....	65
MIEBO.....	110	MYTESI.....	70	NEXIUM.....	71
<i>mifepristone</i> .....	82	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> .....	73	NEXLETOL.....	62
MIGERGOT.....	29	<i>nabumetone</i> .....	41	NEXLIZET.....	62
<i>miglitol</i> .....	82	<i>nadolol</i> .....	67	NEXPLANON.....	89
<i>miglustat</i> .....	122	<i>nafcillin sodium</i> .....	11	NEXTSTELLIS.....	89
MIGRANAL.....	75	<i>naftifine hcl</i> .....	104	NGENLA.....	93
MILI.....	89	NAFTIN.....	104	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	123
MILLIPRED.....	95	NALFON.....	41, 42	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> .....	62
MIMVEY.....	92	<i>nalocet</i> .....	42	NIACOR.....	123
MINIPRESS.....	66	<i>naloxone hcl</i> .....	45	<i>nicardipine hcl</i> .....	64
MINIVELLE.....	92	<i>naltrexone hcl</i> .....	45	NICOTROL.....	77
<i>minocycline hcl</i> .....	11	NAMENDA TITRATION PAK.....	31	NICOTROL NS.....	77
<i>minocycline hcl er</i> .....	11	NAMENDA XR.....	31	<i>nifedipine</i> .....	64
<i>minoxidil</i> .....	65	NAMZARIC.....	32	<i>nifedipine er</i> .....	64
MIRAPEX ER.....	30	NAPRELAN.....	42	<i>nifedipine er osmotic release</i> .....	64
MIRENA (52 MG).....	89	NAPROSYN.....	42	NIKKI.....	89
<i>mirtazapine</i> .....	35	<i>naproxen</i> .....	42	NILANDRON.....	24

<i>nilutamide</i> .....	24	NOVOLOG MIX 70/30		<i>omeprazole-sodium</i>	
<i>nimodipine</i> .....	64	FLEXPEN.....	82	<i>bicarbonate</i> .....	71
NINLARO.....	24	NOVOLOG PENFILL.....	82	OMNARIS.....	107
<i>nisoldipine er</i> .....	64	NOXAFIL.....	14	OMNITROPE.....	85
<i>nitazoxanide</i> .....	16	NUBEQA.....	24	OMVOH.....	74
<i>nitisinone</i> .....	122	NUCALA.....	50, 51	<i>ondansetron</i> .....	72
NITRO-BID.....	65	NUCYNTA.....	42	<i>ondansetron hcl</i> .....	72
NITRO-DUR.....	65	NUCYNTA ER.....	42	ONEXTON.....	104
<i>nitrofurantoin</i> .....	15	NUDEXTA.....	32	ONFI.....	48
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	15	NUPLAZID.....	35	ONGENTYS.....	30
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> ....	15	NURTEC.....	29	ONUREG.....	24
<i>nitroglycerin</i> .....	65	NUTRILIPID.....	56	ONZETRA XSAIL.....	29
NITROLINGUAL.....	65	NUTROPIN AQ NUSPIN 10.....	85	OPSUMIT.....	51
NITROSTAT.....	65	NUTROPIN AQ NUSPIN 20.....	85	OPVEE.....	45
NITYR.....	122	NUTROPIN AQ NUSPIN 5.....	85	OPZELURA.....	101
NIVESTYM.....	112, 113	NUVARING.....	89	ORACEA.....	101
<i>nizatidine</i> .....	71	NUVESSA.....	104	ORALAIR.....	53
NORA-BE.....	89	NUVIGIL.....	28	ORAPRED ODT.....	95
NORDITROPIN FLEXPRO.....	85	NUZYRA.....	11	ORENCIA.....	119
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> .....	89	NYAMYC.....	104	ORENCIA CLICKJECT.....	119
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .....	89	NYLIA 1/35.....	89	ORENITRAM.....	51
<i>norethindrone</i> .....	89	NYLIA 7/7/7.....	90	ORENITRAM MONTH 1.....	51
<i>norethindrone acetate</i> .....	94	NYMALIZE.....	64	ORENITRAM MONTH 2.....	51
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> ....	89	NYMYO.....	90	ORENITRAM MONTH 3.....	51
<i>norethindrone-eth estradiol</i> .....	92	<i>nystatin</i> .....	14, 104	ORFADIN.....	122
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> ....	89	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	99	ORGOVYX.....	93
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> .....	89	NYSTOP.....	104	ORIAHNN.....	93
NORGESIC.....	42	NYVEPRIA.....	113	ORILISSA.....	93
<i>norgesic forte</i> .....	42	OALIVA.....	74	ORKAMBI.....	52
<i>norgestimate-eth estradiol</i> .....	89	OCELLA.....	90	ORLADEYO.....	121
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> ....	89	OCTAGAM.....	53	<i>orphenadrine citrate er</i> .....	78
NORITATE.....	104	<i>octreotide acetate</i> .....	85	<i>orphenadrine-aspirin-caffeine</i> ....	42
NORLIQVA.....	64	OCUFLOX.....	110	ORSERDU.....	24
NORPACE.....	67	ODACTRA.....	53	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	19
NORPACE CR.....	67	ODEFSEY.....	19	OSENI.....	82
NORPRAMIN.....	35	ODOMZO.....	24	OSMOLEX ER.....	30
NORTHERA.....	77	OFEV.....	50	OSPHENA.....	92
NORTREL 0.5/35 (28).....	89	<i>ofloxacin</i> .....	11, 110	OTEZLA.....	119, 120
NORTREL 1/35 (21).....	89	OGSIVEO.....	24	OTOVEL.....	110
NORTREL 1/35 (28).....	89	OJJAARA.....	24	OTREXUP.....	120
NORTREL 7/7/7.....	89	<i>olanzapine</i> .....	35	OVIDE.....	104
<i>nortriptyline hcl</i> .....	35	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> .....	35	<i>oxacillin sodium</i> .....	11
NORVASC.....	64	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	69	<i>oxacillin sodium in dextrose</i> .....	11
NORVIR.....	19	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> .....	69	<i>oxaprozin</i> .....	42
NOURIANZ.....	32	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> .....	64	<i>oxazepam</i> .....	44
NOVOLIN 70/30.....	82	<i>olopatadine hcl</i> .....	106	OXBRYTA.....	113
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	82	OLPRUVA (2 GM DOSE).....	57	<i>oxcarbazepine</i> .....	48
NOVOLIN N.....	82	OLPRUVA (3 GM DOSE).....	57	OXERVATE.....	110
NOVOLIN N FLEXPEN.....	82	OLPRUVA (4 GM DOSE).....	57	<i>oxiconazole nitrate</i> .....	104
NOVOLIN R.....	82	OLPRUVA (5 GM DOSE).....	57	OXISTAT.....	104
NOVOLIN R FLEXPEN.....	82	OLPRUVA (6 GM DOSE).....	57	OXTELLAR XR.....	48
NOVOLOG.....	82	OLPRUVA (6.67 GM DOSE).....	57	<i>oxybutynin chloride</i> .....	60
NOVOLOG FLEXPEN.....	82	OLUMIANT.....	119	<i>oxybutynin chloride er</i> .....	60
NOVOLOG MIX 70/30.....	82	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	62	<i>oxycodone hcl</i> .....	42
		<i>omeprazole</i> .....	71	<i>oxycodone hcl er</i> .....	42

<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	42	PERIOGARD.....	110	<i>potassium citrate er</i> .....	55
OXYCONTIN.....	42	<i>permethrin</i> .....	104	<i>potassium cl in dextrose 5%</i> .....	59
<i>oxymorphone hcl</i> .....	42	<i>perphenazine</i> .....	36	PRADAXA.....	111, 112
<i>oxymorphone hcl er</i> .....	42	<i>perphenazine-amitriptyline</i> .....	36	PRALUENT.....	62
OXYTROL.....	60	PERSERIS.....	36	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	30
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PERTZYE.....	73	<i>pramipexole dihydrochloride er.</i>	30
MG/DOSE).....	82	PHEBURANE.....	57	<i>prasugrel hcl</i> .....	112
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	82	<i>phenelzine sulfate</i> .....	36	<i>pravastatin sodium</i> .....	62
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	82	<i>phenobarbital</i> .....	44	<i>praziquantel</i> .....	15
OZOBAX DS.....	78	<i>phenoxybenzamine hcl</i> .....	75	<i>prazosin hcl</i> .....	66
PACERONE.....	67	PHENYTEK.....	48	PRED FORTE.....	107
<i>paliperidone er</i> .....	35	<i>phenytoin</i> .....	48	PRED MILD.....	107
PALYNZIQ.....	59	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	48	<i>prednisolone</i> .....	95
PAMELOR.....	35	PHEXXI.....	53	<i>prednisolone acetate</i> .....	107
PANCREAZE.....	73	PHOSPHOLINE IODIDE.....	109	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
PANDEL.....	99	PIFELTRO.....	19	.....	95, 107
PANRETIN.....	101	<i>pilocarpine hcl</i> .....	75, 109	<i>prednisone</i> .....	95
<i>pantoprazole sodium</i> .....	71	<i>pimecrolimus</i> .....	101	PREDNISON INTENSOL.....	95
PANZYGA.....	53	<i>pimozide</i> .....	36	<i>preferred plus insulin syringe</i> .....	59
<i>paricalcitol</i> .....	123	PIMTREA.....	90	PREFEST.....	92
PARLODEL.....	30	<i>pindolol</i> .....	67	<i>pregabalin</i> .....	48
PARNATE.....	35	<i>pioglitazone hcl</i> .....	82	<i>pregabalin er</i> .....	43
<i>paroxetine hcl</i> .....	36	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> .....	82	PREHEVBRIO.....	55
<i>paroxetine hcl er</i> .....	35	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ...	82	PREMARIN.....	92
<i>paroxetine mesylate</i> .....	36	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> ...	12	PREMASOL.....	56
PAXIL.....	36	PIQRAY (200 MG DAILY		PREMPHASE.....	92
PAXIL CR.....	36	DOSE).....	24	PREMPRO.....	92
PAXLOVID (150/100).....	19	PIQRAY (250 MG DAILY		<i>prenatal</i> .....	123
PAXLOVID (300/100).....	19	DOSE).....	24	<i>pretomanid</i> .....	15
<i>pazopanib hcl</i> .....	24	PIQRAY (300 MG DAILY		PREVACID.....	71
PEDIARIX.....	54	DOSE).....	24	PREVACID SOLUTAB.....	71
PEDVAX HIB.....	54	<i>pirfenidone</i> .....	50	PREVALITE.....	62
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .....	73	<i>piroxicam</i> .....	43	PREVYMIS.....	19
<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	73	<i>pitavastatin calcium</i> .....	62	PREZCOBIX.....	19
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat</i> ..	73	PLAQUENIL.....	16	PREZISTA.....	19
PEGASYS.....	19	PLASMA-LYTE 148.....	58	PRIFTIN.....	15
PEMAZYRE.....	24	PLASMA-LYTE A.....	59	PRILOSEC.....	71
PENBRAYA.....	54	PLAVIX.....	112	<i>primaquine phosphate</i> .....	16
<i>penciclovir</i> .....	104	PLEGRIDY.....	115	PRIMAXIN IV.....	12
<i>penicillamine</i> .....	53	PLENAMINE.....	56	<i>primidone</i> .....	48
<i>penicillin g pot in dextrose</i> .....	12	PLENVU.....	73	PRIORIX.....	55
<i>penicillin g potassium</i> .....	12	PLIAGLIS.....	105	PRISTIQ.....	36
<i>penicillin g sodium</i> .....	12	<i>podofilox</i> .....	7, 101	PRIVIGEN.....	53
<i>penicillin v potassium</i> .....	12	POLYCIN.....	110	PROAIR DIGIHALER.....	77
PENNSAID.....	99	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	12	PROAIR RESPICLICK.....	77
PENTACEL.....	55	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	110	<i>probenecid</i> .....	57
PENTAM.....	16	POMALYST.....	24	PROCARDIA XL.....	64
<i>pentamidine isethionate</i> .....	16	PONVORY.....	115	PROCENTRA.....	28
PENTASA.....	70	PONVORY STARTER PACK...	115	<i>prochlorperazine</i> .....	36
<i>pentazocine-naloxone hcl</i> .....	42	PORTIA-28.....	90	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	36
<i>pentoxifylline er</i> .....	113	<i>posaconazole</i> .....	14	PROCRIT.....	113
PEPCID.....	71	<i>potassium chloride</i> .....	59	PROCTOFOAM HC.....	105
PERCOCET.....	42	<i>potassium chloride crys er</i> .....	59	PROCTO-MED HC.....	99
PERFOROMIST.....	77	<i>potassium chloride er</i> .....	59	PROCTOSOL HC.....	99
<i>perindopril erbumine</i> .....	69	<i>potassium chloride in nacl</i> .....	59	PROCTOZONE-HC.....	99

PROCYSBI.....	122	QUILLIVANT XR.....	28	RETEVMO.....	24
<i>progesterone</i> .....	94	<i>quinapril hcl</i> .....	69	RETIN-A.....	105
PROGLYCEM.....	84	<i>quinidine gluconate er</i> .....	68	RETIN-A MICRO.....	105
PROGRAF.....	116, 117	<i>quinidine sulfate</i> .....	68	RETIN-A MICRO PUMP.....	105
PROLASTIN-C.....	51	<i>quinine sulfate</i> .....	16	RETROVIR.....	19
PROLATE.....	43	QULIPTA.....	29	REVATIO.....	65
PROLENSA.....	107	QUVIVIQ.....	45	REVCОВI.....	59
PROLIA.....	121	QVAR REDIHALER.....	96	REVLIMID.....	24
PROMACTA.....	113	RABAVERT.....	55	REXULTI.....	36
<i>promethazine hcl</i> .....	61	<i>rabeprazole sodium</i> .....	71	REYATAZ.....	19
<i>promethazine vc</i> .....	61	RADICAVA ORS STARTER KIT.....	32	REYVOW.....	29
PROMETHEGAN.....	61	<i>raloxifene hcl</i> .....	92	REZLIDHIA.....	24
PROMETRIUM.....	94	<i>ramelteon</i> .....	45	REZUROCK.....	122
<i>propafenone hcl</i> .....	68	<i>ramipril</i> .....	69	REZVOGLAR KWIKPEN.....	83
<i>propafenone hcl er</i> .....	67	<i>ranolazine er</i> .....	68	RHOPRESSA.....	109
<i>propranolol hcl</i> .....	67	RAPAFLO.....	75	<i>ribavirin</i> .....	19
<i>propranolol hcl er</i> .....	67	RAPAMUNE.....	117	RIDAURA.....	59
<i>propylthiouracil</i> .....	85	<i>rasagiline mesylate</i> .....	30	<i>rifabutin</i> .....	15
PROQUAD.....	55	RASUVO.....	120	<i>rifampin</i> .....	15
PROSCAR.....	120	RAVICTI.....	57	RILUTEK.....	32
PROSOL.....	56	RAYALDEE.....	123	<i>riluzole</i> .....	32
PROTONIX.....	71	RAYOS.....	96	<i>rimantadine hcl</i> .....	19
<i>protriptyline hcl</i> .....	36	REBIF.....	115	RINVOQ.....	120
PROVERA.....	94	REBIF REBIDOSE.....	115	<i>risedronate sodium</i> .....	121
PROVIGIL.....	28	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK.....	115	RISPERDAL.....	36
PROZAC.....	36	REBIF TITRATION PACK.....	115	RISPERDAL CONSTA.....	36
PRUDOXIN.....	105	RECLIPSEN.....	90	<i>risperidone</i> .....	36
PULMICORT.....	95	RECOMBIVAX HB.....	55	<i>risperidone microspheres er</i> .....	36
PULMICORT FLEXHALER.....	95	RECORLEV.....	122	RITALIN.....	28
PULMOZYME.....	51	RECTIV.....	101	RITALIN LA.....	28
PURIXAN.....	24	REGLAN.....	72	<i>ritonavir</i> .....	19
PYLERA.....	71	REGRANEX.....	101	<i>rivastigmine</i> .....	75
<i>pyrazinamide</i> .....	15	RELAFEN DS.....	43	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	75
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	75	RELENZA DISKHALER.....	19	RIVELSA.....	90
<i>pyridostigmine bromide er</i> .....	75	<i>releuko</i> .....	113	RIVFLOZA.....	122
<i>pyrimethamine</i> .....	16	RELEXXII.....	28	<i>rizatriptan benzoate</i> .....	29
PYRUKYND.....	113	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	59	ROBINUL.....	74
PYRUKYND TAPER PACK.....	113	RELISTOR.....	74	ROBINUL-FORTE.....	74
QBRELIS.....	69	RELPAХ.....	29	ROCALTROL.....	123
QBREXZA.....	101	RELTONE.....	71	ROCKLATAN.....	109
QDOLO.....	43	RELYVRIO.....	32	<i>roflumilast</i> .....	52
QELBREE.....	32	REMERON.....	36	<i>ropinirole hcl</i> .....	30
QINLOCK.....	24	REMERON SOLTAB.....	36	<i>ropinirole hcl er</i> .....	30
QNASL.....	108	REVELA.....	56	<i>rosuvastatin calcium</i> .....	62
QNASL CHILDRENS.....	108	<i>repaglinide</i> .....	82, 83	ROTARIX.....	55
QTERN.....	82	REPATHA.....	62	ROTATEQ.....	55
QUADRACEL.....	53, 54	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	62	ROWASA.....	70
QUALAQUIN.....	16	REPATHA SURECLICK.....	62	ROWEEPRA.....	48
QUARTETTE.....	90	RESTASIS.....	108	ROXICODONE.....	43
QUDEXY XR.....	48	RESTASIS MULTIDOSE.....	108	ROXYBOND.....	43
QUESTRAN.....	62	RESTORIL.....	45	ROZEREM.....	45
QUESTRAN LIGHT.....	62	RETACRIT.....	113	ROZLYTREK.....	24
<i>quetiapine fumarate</i> .....	36			RUBRACA.....	24
<i>quetiapine fumarate er</i> .....	36			RUCONEST.....	121
QUILLICHEW ER.....	28			<i>rufinamide</i> .....	48

RUKOBIA.....	19	SIMPONI.....	120	STALEVO 50.....	31
RYALTRIS.....	106	<i>simvastatin</i> .....	62	STALEVO 75.....	31
RYBELSUS.....	83	SINEMET.....	31	STEGLATRO.....	83
RYCLORA.....	61	SINGULAIR.....	51	STEGLUJAN.....	83
RYDAPT.....	24	<i>sirolimus</i> .....	117	STELARA.....	101
RYTARY.....	30	SIRTURO.....	15	STIMUFEND.....	113
RYTHMOL SR.....	68	SIVEXTRO.....	12	STIOLTO RESPIMAT.....	74
RYVENT.....	61	SKYCLARYS.....	122	STIVARGA.....	24
SABRIL.....	48	SKYLA.....	90	STRATTERA.....	32
SAFYRAL.....	90	SKYRIZI.....	74, 101	<i>streptomycin sulfate</i> .....	12
SAJAZIR.....	121	SKYRIZI PEN.....	101	STRIBILD.....	20
SALAGEN.....	75	SKYTROFA.....	93	STRIVERDI RESPIMAT.....	77
SAMSCA.....	58	SLYND.....	90	STROMECTOL.....	15
SANCUSO.....	72	SOAAZ.....	58	SUBOXONE.....	43
SANDIMMUNE.....	117	<i>sodium chloride</i> .....	59	SUBVENITE.....	48
SANDOSTATIN.....	85	<i>sodium fluoride</i> .....	114	SUBVENITE STARTER KIT- BLUE.....	48
SANTYL.....	101	<i>sodium oxybate</i> .....	32	SUBVENITE STARTER KIT- GREEN.....	48
SAPHRIS.....	37	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	57	SUBVENITE STARTER KIT- ORANGE.....	48
<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	122	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	56	SUCRAID.....	59
SAVAYSA.....	112	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i> .....	19	<i>sucralfate</i> .....	71
SAVELLA.....	31	SOGROYA.....	93	SUFLAVE.....	73
SAVELLA TITRATION PACK.....	31	SOHONOS.....	122	SULAR.....	64
<i>saxagliptin hcl</i> .....	83	<i>solifenacin succinate</i> .....	60	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	110
<i>saxagliptin-metformin er</i> .....	83	SOLQUA.....	83	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ...	105
SCEMBLIX.....	24	SOLODYN.....	12	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ....	108
<i>scopolamine</i> .....	72	SOLOSEC.....	16	<i>sulfadiazine</i> .....	12
SEASONIQUE.....	90	SOLTAMOX.....	92	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ..	12
SECUADO.....	37	SOMA.....	78	SULFAMYLON.....	105
SEGLENTIS.....	43	SOMAVERT.....	85	<i>sulfasalazine</i> .....	12
SEGLUROMET.....	83	SOOLANTRA.....	105	<i>sulindac</i> .....	43
<i>selegiline hcl</i> .....	30	<i>sorafenib tosylate</i> .....	24	<i>sumatriptan</i> .....	29
<i>selenium sulfide</i> .....	104	SORILUX.....	101	<i>sumatriptan succinate</i> .....	29
SELZENTRY.....	19	SORINE.....	67	<i>sumatriptan succinate refill</i> .....	29
SEMGLEE (YFGN).....	83	<i>sotalol hcl</i> .....	67	<i>sumatriptan-naproxen sodium</i> ....	29
SENSIPAR.....	84	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	67	<i>sunitinib malate</i> .....	24
SEREVENT DISKUS.....	77	SOTYKTU.....	101	SUNLENCA.....	20
SEROQUEL.....	37	SOTYLIZE.....	67	SUNOSI.....	28
SEROQUEL XR.....	37	SOVALDI.....	19, 20	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	73
SEROSTIM.....	85	<i>spinosad</i> .....	105	SUTAB.....	73
<i>sertraline hcl</i> .....	37	SPIRIVA HANDHALER.....	74	SUTENT.....	24
SETLAKIN.....	90	SPIRIVA RESPIMAT.....	74	SYEDA.....	90
<i>sevelamer carbonate</i> .....	56	<i>spironolactone</i> .....	69	SYMBICORT.....	96
<i>sevelamer hcl</i> .....	56	<i>spironolactone-hctz</i> .....	69	SYMBYAX.....	37
SEYSARA.....	12	SPORANOX.....	14	SYMDEKO.....	52
SHAROBEL.....	90	SPRINTEC 28.....	90	SYMFI.....	20
SHINGRIX.....	55	SPRITAM.....	48	SYMFI LO.....	20
SIGNIFOR.....	85	SPRIX.....	43	SYMLINPEN 120.....	83
SIKLOS.....	24	SPRYCEL.....	24	SYMLINPEN 60.....	83
<i>sildenafil citrate</i> .....	66	SPS.....	56	SYMPAZAN.....	48
SILENOR.....	37	SRONYX.....	90	SYMPROIC.....	74
SILIQ.....	101	SSD.....	105	SYMTUZA.....	20
<i>silodosin</i> .....	75	STALEVO 100.....	31	SYNALAR.....	99
SILVADENE.....	104	STALEVO 125.....	31		
<i>silver sulfadiazine</i> .....	104	STALEVO 150.....	31		
SIMBRINZA.....	109	STALEVO 200.....	31		

SYNAREL.....	93	<i>temazepam</i> .....	45	TOBRADEX.....	108
SYNDROS.....	72	TENCON.....	43	TOBRADEX ST.....	108
SYNJARDY.....	83	TENIVAC.....	54	<i>tobramycin</i> .....	12, 110
SYNJARDY XR.....	83	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	20	<i>tobramycin sulfate</i> .....	12
SYNTHROID.....	85	TENORETIC 100.....	67	<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	108
SYPRINE.....	53	TENORETIC 50.....	67	TOBEX.....	110
TABLOID.....	24	TENORMIN.....	67	<i>tolcapone</i> .....	31
TABRECTA.....	24	TEPMETKO.....	25	<i>tolmetin sodium</i> .....	43
TACLONEX.....	99	<i>terazosin hcl</i> .....	66	<i>tolsura</i> .....	14
<i>tacrolimus</i> .....	101, 117	<i>terbinafine hcl</i> .....	14	<i>tolterodine tartrate</i> .....	60
<i>tadalafil</i> .....	66	<i>terbutaline sulfate</i> .....	77	<i>tolterodine tartrate er</i> .....	60
<i>tadalafil (pah)</i> .....	66	<i>terconazole</i> .....	105	<i>tolvaptan</i> .....	58
TADLIQ.....	66	<i>teriflunomide</i> .....	115	TOPAMAX.....	49
TAFINLAR.....	24, 25	<i>teriparatide (recombinant)</i> .....	84	TOPAMAX SPRINKLE.....	49
<i>tafluprost (pf)</i> .....	109	TESTIM.....	86	TOPICORT.....	99
TAGRISSE.....	25	<i>testosterone</i> .....	86	TOPICORT SPRAY.....	99
TAKHZYRO.....	121	<i>testosterone cypionate</i> .....	86	<i>topiramate</i> .....	49
TALICIA.....	71	<i>testosterone enanthate</i> .....	86	<i>topiramate er</i> .....	49
TALTZ.....	102	<i>tetrabenazine</i> .....	50	TOPROL XL.....	67
TALZENNA.....	25	<i>tetracycline hcl</i> .....	12	<i>toremifene citrate</i> .....	92
TAMIFLU.....	20	TEXACORT.....	99	<i>toremide</i> .....	58
<i>tamoxifen citrate</i> .....	92	THALITONE.....	58	TOSYMRA.....	29
<i>tamsulosin hcl</i> .....	75	THALOMID.....	115	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	83
TAPERDEX 12-DAY.....	96	THEO-24.....	60	TOUJEO SOLOSTAR.....	83
TAPERDEX 6-DAY.....	96	<i>theophylline</i> .....	60	TOVET.....	99
TAPERDEX 7-DAY.....	96	<i>theophylline er</i> .....	60	TOVIAZ.....	60
TARGADOX.....	12	THIOLA.....	123	TPN ELECTROLYTES.....	59
TARGRETIN.....	25, 102	THIOLA EC.....	122	TRACLEER.....	51
TARINA 24 FE.....	90	<i>thioridazine hcl</i> .....	37	TRADJENTA.....	83
TARINA FE 1/20 EQ.....	90	<i>thiothixene</i> .....	37	<i>tramadol hcl</i> .....	43
TARPEYO.....	96	THYQUIDITY.....	85	<i>tramadol hcl (er biphasic)</i> .....	43
TASCENSO ODT.....	115	TIADYLT ER.....	64	<i>tramadol hcl er</i> .....	43
TASIGNA.....	25	<i>tiagabine hcl</i> .....	49	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	43
<i>tasimelteon</i> .....	45	TIAZAC.....	64	<i>trandolapril</i> .....	69
TASMAR.....	31	TIBSOVO.....	25	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> .....	64
<i>tavorole</i> .....	105	TICOVAC.....	55	<i>tranexamic acid</i> .....	111
TAVALISSE.....	113	<i>tigecycline</i> .....	12	TRANSDERM-SCOP.....	72
TAVNEOS.....	121	TIKOSYN.....	68	<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	37
TAYSOFY.....	90	TILIA FE.....	90	TRAVASOL.....	56
<i>tazarotene</i> .....	102	<i>timolol maleate</i> .....	67, 109	TRAVATAN Z.....	109
TAZICEF.....	12	<i>timolol maleate (once-daily)</i> .....	109	<i>travoprost (bak free)</i> .....	109
TAZORAC.....	102	<i>timolol maleate pf</i> .....	109	<i>trazodone hcl</i> .....	37
TAZTIA XT.....	64	TIMOPTIC OCUDOSE.....	109	TRECTOR.....	15
TAZVERIK.....	25	<i>tinidazole</i> .....	16	TRELEGY ELLIPTA.....	96
TDVAX.....	54	<i>tiopronin</i> .....	123	TRELSTAR MIXJECT.....	93
TECFIDERA.....	115	<i>tiotropium bromide</i>		TREMFYA.....	102
TEFLARO.....	12	<i>monohydrate</i> .....	74	TRESIBA.....	83
TEGLUTIK.....	32	TIROSINT.....	85	TRESIBA FLEXTOUCH.....	83
TEGRETOL.....	48	TIROSINT-SOL.....	85	<i>tretinoin</i> .....	25, 105, 106
TEGRETOL-XR.....	49	TIVICAY.....	20	<i>tretinoin microsphere</i> .....	106
TEGSEDI.....	121	TIVICAY PD.....	20	<i>tretinoin microsphere pump</i> .....	7
TEKTRUNA.....	69	<i>tizanidine hcl</i> .....	78	TREXALL.....	25
<i>telmisartan</i> .....	69	TLANDO.....	86	TREXIMET.....	29
<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	64	TOBI.....	12	TREZIX.....	43
<i>telmisartan-hctz</i> .....	69	TOBI PODHALER.....	12	<i>triamcinolone acetonide</i> .....	99

<i>triamterene</i> .....	58	TYVASO DPI MAINTENANCE		VEMLIDY.....	20
<i>triamterene-hctz</i> .....	58	KIT.....	52	VENCLEXTA.....	25
<i>triazolam</i> .....	45	TYVASO DPI TITRATION KIT...	52	VENCLEXTA STARTING	
TRIBENZOR.....	64	UBRELVY.....	29	PACK.....	25
TRICOR.....	63	UCERIS.....	96, 99	<i>venlafaxine besylate er</i> .....	37
TRIDERM.....	99	UDENYCA.....	111, 113	<i>venlafaxine hcl</i> .....	37
<i>trientine hcl</i> .....	53	ULORIC.....	114	<i>venlafaxine hcl er</i> .....	37
TRI-ESTARYLLA.....	90	ULTRAVATE.....	99	VENTAVIS.....	52
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	37	UNASYN.....	12, 13	VENTOLIN HFA.....	77
<i>trifluridine</i> .....	110	UNITHROID.....	85	VEOZAH.....	32
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	31	UPTRAVI.....	52	<i>verapamil hcl</i> .....	64
TRIJARDY XR.....	83	UPTRAVI TITRATION.....	52	<i>verapamil hcl er</i> .....	64
TRIKAFTA.....	52	UROCIT-K 10.....	55	VERDESO.....	99
TRI-LEGEST FE.....	90	UROCIT-K 15.....	55	VEREGEN.....	102
TRILEPTAL.....	49	UROCIT-K 5.....	55	VERELAN.....	65
TRILIPIX.....	63	UROXATRAL.....	76	VERELAN PM.....	65
TRI-LO-ESTARYLLA.....	90	URSO 250.....	71	VERKAZIA.....	108
TRI-LO-SPRINTEC.....	90	URSO FORTE.....	72	VERQUVO.....	66
<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	72	<i>ursodiol</i> .....	72	VERSACLOZ.....	37
<i>trimethoprim</i> .....	15	UZEDY.....	37	VERZENIO.....	25
TRI-MILI.....	90	VABOMERE.....	13	VESICARE.....	60
<i>trimipramine maleate</i> .....	37	VAGIFEM.....	92	VESICARE LS.....	60
TRINTELLIX.....	37	<i>valacyclovir hcl</i> .....	20	VESTURA.....	90
TRI-NYMYO.....	90	VALCHLOR.....	102	VEVYE.....	108
TRI-SPRINTEC.....	90	VALCYTE.....	20	VFEND.....	14
TRIUMEQ.....	20	<i>valganciclovir hcl</i> .....	20	VFEND IV.....	14
TRIUMEQ PD.....	20	VALIUM.....	45	VIBERZI.....	74
TRIVORA (28).....	90	<i>valproic acid</i> .....	49	VIBRAMYCIN.....	13
TRI-VYLIBRA.....	90	<i>valsartan</i> .....	69	VICTOZA.....	83
TRI-VYLIBRA LO.....	90	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ....	69	VIENVA.....	90
TRIZIVIR.....	20	VALTOCO 10 MG DOSE.....	49	<i>vigabatrin</i> .....	49
TROKENDI XR.....	49	VALTOCO 15 MG DOSE.....	49	VIGADRONE.....	49
TROPHAMINE.....	56	VALTOCO 20 MG DOSE.....	49	VIGAMOX.....	110
<i>trospium chloride</i> .....	60	VALTOCO 5 MG DOSE.....	49	VIGPODER.....	49
<i>trospium chloride er</i> .....	60	VALTRESX.....	20	VIIBRYD.....	37
TRULANCE.....	74	VANCOCIN.....	13	VIJOICE.....	123
TRULICITY.....	83	<i>vancomycin hcl</i> .....	13	<i>vilazodone hcl</i> .....	37
TRUMENBA.....	55	VANDAZOLE.....	105	VIMOVO.....	43
TRUQAP.....	25	VANFLYTA.....	25	VIMPAT.....	49
TRUVADA.....	20	VANOS.....	99	VIOKACE.....	73
TUDORZA PRESSAIR.....	75	VAQTA.....	55	VIRACEPT.....	20
TUKYSA.....	25	<i>varenicline tartrate</i> .....	77	VIREAD.....	20
TURALIO.....	25	<i>varenicline tartrate (starter)</i> .....	77	VISTARIL.....	45
TURQOZ.....	90	VARIVAX.....	55	VITRAKVI.....	25
TWINRIX.....	55	VARUBI (180 MG DOSE).....	72	VIVELLE-DOT.....	92
TWYNEO.....	106	VASCEPA.....	63	VIVITROL.....	45
TYBLUME.....	90	VASERETIC.....	69	VIVJOA.....	14
TYBOST.....	123	VASOTEC.....	69	VIZIMPRO.....	25
TYDEMY.....	90	VECAMYL.....	65	VOGELXO.....	86
TYGACIL.....	12	VECTICAL.....	102	VOGELXO PUMP.....	86
TYKERB.....	25	VELIVET.....	90	VONJO.....	25
TYMLOS.....	84	VELPHORO.....	56	VOQUEZNA.....	71
TYPHIM VI.....	55	VELSIPITY.....	115	VOQUEZNA DUAL PAK.....	71
TYRVAYA.....	110	VELTASSA.....	56	VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	71
		VELTIN.....	102	<i>voriconazole</i> .....	15

VOSEVI.....	20	XOLAIR.....	51	ZEPOSIA.....	115
VOTRIENT.....	25	XOPENEX HFA.....	77	ZEPOSIA 7-DAY STARTER	
VOWST.....	123	XOSPATA.....	25	PACK.....	115
VOXZOGO.....	123	XPOVIO (100 MG ONCE		ZEPOSIA STARTER KIT.....	115
VRAYLAR.....	37, 38	WEEKLY).....	25	ZERBAXA.....	13
VTAMA.....	102	XPOVIO (40 MG ONCE		ZERVIATE.....	106
VUITY.....	109	WEEKLY).....	25	ZESTORETIC.....	69
VUMERITY.....	115	XPOVIO (40 MG TWICE		ZESTRIL.....	69
VYFEMLA.....	90	WEEKLY).....	25	ZETIA.....	63
VYLIBRA.....	91	XPOVIO (60 MG ONCE		ZETONNA.....	108
VYNDAMAX.....	68	WEEKLY).....	25	ZIAC.....	67
VYNDAQEL.....	68	XPOVIO (60 MG TWICE		ZIAGEN.....	20, 21
VYTORIN.....	63	WEEKLY).....	26	ZIANA.....	102
VYVANSE.....	28	XPOVIO (80 MG ONCE		<i>zidovudine</i> .....	21
VYZULTA.....	109	WEEKLY).....	26	ZIEXTENZO.....	113
WAINUA.....	121	XPOVIO (80 MG TWICE		ZILBRYSQ.....	121
WAKIX.....	28	WEEKLY).....	26	<i>zileuton er</i> .....	51
<i>warfarin sodium</i> .....	112	XTAMPZA ER.....	43	ZILXI.....	105
WEGOVY.....	83	XTANDI.....	26	ZIMHI.....	45
WELCHOL.....	63	XULANE.....	91	ZIOPTAN.....	109
WELIREG.....	25	XULTOPHY.....	84	<i>ziprasidone hcl</i> .....	38
WELLBUTRIN SR.....	38	XURIDEN.....	123	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	38
WELLBUTRIN XL.....	38	XYOSTED.....	86	ZIPSOR.....	43
WINLEVI.....	102	XYREM.....	32	ZIRGAN.....	110
WIXELA INHUB.....	77	XYWAV.....	32	ZITHROMAX.....	13
WYMZYA FE.....	91	YASMIN 28.....	91	ZITHROMAX TRI-PAK.....	13
XACIATO.....	105	YAZ.....	91	ZITHROMAX Z-PAK.....	13
XALATAN.....	109	YF-VAX.....	55	<i>zitivio</i> .....	84
XALKORI.....	25	YONSA.....	26	ZOCOR.....	63
XANAX.....	45	YUFLYMA (1 PEN).....	120	ZOKINVY.....	123
XANAX XR.....	45	YUFLYMA (2 SYRINGE).....	120	ZOLINZA.....	26
XARELTO.....	112	YUPELRI.....	75	<i>zolmitriptan</i> .....	29
XARELTO STARTER PACK.....	112	YUSIMRY.....	120	ZOLOFT.....	38
XATMEP.....	25	YUVAFEM.....	92	<i>zolpidem tartrate</i> .....	45
XCOPRI.....	49	ZAFEMY.....	91	<i>zolpidem tartrate er</i> .....	45
XCOPRI (250 MG DAILY		<i>zafirlukast</i> .....	51	ZOMACTON.....	86
DOSE).....	49	<i>zaleplon</i> .....	45	ZOMIG.....	29
XCOPRI (350 MG DAILY		ZANAFLEX.....	78	ZONALON.....	105
DOSE).....	49	ZARONTIN.....	49, 50	ZONEGRAN.....	50
XDEMVI.....	110	ZARXIO.....	113	ZONISADE.....	50
XELJANZ.....	120	ZAVESCA.....	123	<i>zonisamide</i> .....	50
XELJANZ XR.....	120	ZAVZPRET.....	29	ZONTIVITY.....	112
XELPROS.....	109	ZEGALOGUE.....	84	ZORTRESS.....	117
XELSTRYM.....	28	ZEGERID.....	71	ZORYVE.....	7, 102
XENAZINE.....	50	ZEJULA.....	26	ZOSYN.....	13
XENLETA.....	13	ZELAPAR.....	31	ZOVIA 1/35 (28).....	91
XERESE.....	105	ZELBORAF.....	26	ZOVIRAX.....	105
XERMELO.....	70	ZEMAIRA.....	51	ZTALMY.....	50
XGEVA.....	121	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	29	ZTLIDO.....	105
XHANCE.....	108	ZEMDRI.....	13	ZUBSOLV.....	43
XIFAXAN.....	13	ZEMPLAR.....	123	ZURZUVAE.....	38
XIGDUO XR.....	84	ZENATANE.....	102	ZYCLARA PUMP.....	102
XIIDRA.....	108	ZENPEP.....	73	ZYDELIG.....	26
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	20	ZENZEDI.....	28	ZYFLO.....	51
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	20	ZEPATIER.....	20	ZYKADIA.....	26



ZYLET.....	108
ZYPITAMAG.....	63
ZYPREXA.....	38
ZYPREXA RELPREVV.....	38
ZYPREXA ZYDIS.....	38
ZYTIGA.....	26
ZYVOX.....	13

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-275-2583. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-275-2583. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-275-2583。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-275-2583。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-275-2583. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-275-2583. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-275-2583 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-275-2583. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-275-2583 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-275-2583. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-275-2583. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-275-2583 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-275-2583. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-275-2583. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-275-2583. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-275-2583. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-275-2583にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Y0041\_HM\_23\_113248\_C

## Multi-language Interpreter Services

**Gujarati:** અમારી આરોગ્ય અથવા દવા યોજના વિશે તમને હોય શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે નિ:શુલ્ક દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-800-275-2583 પર કોલ કરો. ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક નિ:શુલ્ક સેવા છે.

**Urdu:** آپ کی صحت یا دوا کے متعلق کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمانی کی خدمات دستیاب ہیں۔ مترجم کی سہولت کے لیے، 1-800-275-2583 پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت سروس ہے۔

**Khmer:** យើងមានផ្តល់សេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ភាសាខ្មែរ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកប្រហែលជាមានអំពីកម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-800-275-2583 ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេសអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មភាសាខ្មែរ។

**Telugu:** మా ఆరోగ్యం లేదా ఔషధ ప్రణాళిక గురించి మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వడానికి మాకు ఉచిత ఇంటర్ప్రెటర్ సర్వీసులు అందుబాటులో ఉన్నాయి. అనువాదకుడిని పొందడానికి, 1-800-275-2583 ద్వారా మాకు కాల్ చేయండి. తెలుగు మాట్లాడగలిగే ఎవరైనా మీకు సహాయం చేయగలరు. ఇది ఉచిత సర్వీస్.

### La discriminación va en contra de la ley

Este plan cumple con la legislación federal sobre derechos civiles pertinente y no discrimina en función de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la incapacidad ni el sexo. Este plan no excluye ni trata de forma distinta a las personas debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo.

El plan brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros; como por ejemplo: intérpretes de lengua de señas debidamente calificados; información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuya lengua materna no sea el inglés; como por ejemplo: intérpretes debidamente calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita dichos servicios, por favor comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles Si usted cree que este plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- En persona o por correo postal: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103
- Por teléfono: 1-888-377-3933 (TTY: 711)
- Por fax: 215-761-0245
- Por correo electrónico: [civilrightscoordinator@1901market.com](mailto:civilrightscoordinator@1901market.com)

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está aquí para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles de Department of Health and Human Services de los Estados Unidos de forma electrónica, a través del portal para quejas de dicha oficina, que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Este formulario se actualizó el **4/18/2024**. Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con AmeriHealth Medicare PPO al **1-866-569-5190** (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**), los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede redirigirse al correo de voz. O bien, visite **[amerihealthmedicare.com/formulary](https://www.amerihealthmedicare.com/formulary)**.

Cobertura de AmeriHealth Medicare emitida por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey.

OptumRx es una empresa de Optum®, una empresa independiente que presta servicios de farmacia con entrega a domicilio, especializados y de infusión.



21727 2512009 (08/23)  
AH13550 (05/24)