

Hamaspik Medicare Select (HMO DSNP)
y
Hamaspik Medicare Choice (HMO DSNP)
Formulario para 2024
(Lista de medicamentos cubiertos)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 24401, Version Number 13

Este Formulario resumido se actualizó el 01/07/2024. No hemos realizado cambios en este Formulario resumido desde 01/07/2024.

Para consultar un Listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, Hamaspik Medicare Select and Hamaspik Medicare Choice al 888-426-2774. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.), Estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024; y de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de abril de 2024 hasta el 30 de septiembre de 2024. O visite www.hamaspik.com.

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice
Formulario de la Parte D para 2024

Nota:

Esta información también está disponible en formatos alternativos, como letra grande y Braille. Llame a Servicios para Miembros a los números anteriores para obtener más información.

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice son una HMO D-SNP con contrato de Medicare. La inscripción en un plan Hamaspik Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

Nota para los miembros actuales:

Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Hamaspik Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Hamaspik Medicare Select u Hamaspik Medicare Choice.

Este documento incluye una Lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 01/07/2024. Para obtener un Formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?

Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubrirá los medicamentos incluidos en el Formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (Lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero nosotros podríamos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice Formulario de la Parte D para 2024

límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?”

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 01/07/2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contratapa. Puede solicitar un nuevo formulario impreso y se lo enviaremos por correo a su domicilio. También puede encontrar información actualizada del formulario en nuestro sitio web en: www.hamaspik.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 10. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Cardiovascular Agents” o “Agentes cardiovasculares.” Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la Lista que empieza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 124. El Índice proporciona una Lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la Lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Hamaspik no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos. Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limita la cantidad del medicamento que cubrirá Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Por ejemplo, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice proporciona 3 unidades por 28 días por receta de Ozempic. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Hamaspik cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en documentos>] para explicar nuestra restricción de autorización previa, nuestra restricción de tratamiento escalonado, nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos 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 portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una Lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al

Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?” al final de esta página, para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice cubren sus medicamentos de venta libre a través de un beneficio complementario. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo funciona este beneficio. Sus medicamentos de venta libre se le proporcionan sin costo alguno, hasta su límite de cobertura mensual.

El costo de estos medicamentos de venta libre no contará para el costo total de los medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos de venta libre no cuenta para el período sin cobertura).

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (Lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si resulta que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una Lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Cuando reciba la Lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice.
- Puede solicitar que Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice?

Puede solicitarle a Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento por un máximo de hasta 30 días. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al Formulario.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice

El Formulario proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la Lista, consulte el Índice que comienza en la página 124.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, BRILINTA 60 MG TABLET), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *bumetanide 0.5 mg tablet*).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Hamaspik Medicare Select y Hamaspik Medicare Choice tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

CLAVES DEL FORMULARIO PARA ABREVIATURAS

LA – Disponibilidad Limitada: Esta receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

PA – Autorización Previa: El Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

PA – Determinación de la Parte B versus Parte D: Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B de Medicare o la Parte D, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y la configuración del medicamento para tomar la determinación.

QL – Límite de Cantidad: Para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos..

ST – Terapia Escalonada: En algunos casos, el plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, cubriremos el medicamento B.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Analgesics		
<i>butalbital-acetaminophen -acetaminophn 50-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-aspirin-caffeine --cp</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ESGIC 50-325-40 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tencon</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZEBUTAL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
ARTHROTEC 50	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ARTHROTEC 75	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>cataflam</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CELEBREX 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DAYPRO	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	1	
<i>diclofenac sodium dr 25 mg tab, ec 25 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium dr 50 mg tab, ec 50 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium dr 75 mg tab, ec 75 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium-misoprostol -50-0.2 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium-misoprostol -75-0.2 mg, -75-0.2 tb</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ec-naproxen -dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ec-naproxen -dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 200 mg capsule</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 300 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>etodolac 400 mg tablet, 500 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etodolac er er 400 mg tablet, er 500 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FELDENE 10 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
FELDENE 20 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>flurbiprofen 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ibu 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibu 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibu 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 100 mg/5 ml susp</i>	1	
<i>ibuprofen 400 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 600 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>ibuprofen 800 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 15 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nabumetone 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i>	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 375 mg tablet, dr 375 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>naproxen 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>naproxen sodium 275 mg tab</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naproxen sodium 550 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxaprozin</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>piroxicam 20 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RELAFEN 500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RELAFEN 750 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sulindac</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Long-acting		
BELBUCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine</i>	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
BUTRANS	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fentanyl</i>	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone bitartrate er er 10 mg capsule, er 15 mg capsule, er 20 mg capsule, er 30 mg capsule, er 40 mg capsule, er 50 mg capsule</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>levorphanol tartrate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>methadone hcl 10 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>methadone hcl 5 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate er er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl er er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen-codeine -#2 tablet, -#3 tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine -#4 tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>acetaminophen-codeine acetamin-codein 300-30 mg/12.5, acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>butorphanol tartrate 1 mg/ml vial, 2 mg/ml vial, 4 mg/2 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml spray</i>	1	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>codeine sulfate</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
DURAMORPH	1	Part D vs Part B
<i>endocet 10-325 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>endocet 2.5-325 mg tablet, 5-325 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>endocet 7.5-325 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>fentanyl citrate cit 1,200 mcg, cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 600 mcg, citrate 800 mcg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -10-300 mg, -10-325 mg, -7.5-300, -7.5-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -5-300 mg, -5-325 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-acetaminophen -acetamin 2.5-108/5, -acetamin 5-217/10, -acetamin 7.5-325/15</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml solution, 5 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1440 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 10 mg/ml ampule, 10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml amp, 50 mg/5 ml vial, 500 mg/50 ml vl</i>	1	PA
<i>hydromorphone hcl 2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl 2 mg/ml carpuct, 2 mg/ml isecure, 2 mg/ml syringe, 2 mg/ml vial, hcl 2 mg/ml amp</i>	1	Part D vs Part B
<i>morphine sulfate 10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln</i>	1	QL (2700 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 100 mg/5 ml conc</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 20 mg/5 ml soln</i>	1	QL (1350 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate 5 mg/10 ml vial, 10 mg/10 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>morphine sulfate ir 15 mg tab</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>morphine sulfate ir 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oxycodone hcl (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, (ir) 20 mg tab, (ir) 30 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen -10-325</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen - acetaminophen 5-325, -acetaminophen 2.5-325</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>oxycodone-acetaminophen - acetaminophen 7.5-325</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROXICODONE 15 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)

Anesthetics

Local Anesthetics

<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>glydo</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% ointment</i>	1	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% patch</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 1% 100 mg/10 ml, 1% 20 mg/2 ml, 1% 20 mg/2 ml vl, 1% 300 mg/30 ml, 1% 50 mg/5 ml, 1% 50 mg/5 ml vl, 1% ampul, 1% vial</i>	1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac, 2% jelly, 2% jelly uro-jet, 4% solution</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl viscous</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lidocan iii</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LIDODERM	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tridacaine ii</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XYLOCAINE 1% VIAL	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XYLOCAINE-MPF -1% AMPUL, -1% VIAL	1	
ZTLIDO	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Anti-Addiction/ Substance Abuse Treatment Agents

Alcohol Deterrents/ Anti-craving

<i>acamprosate calcium</i>	1	
<i>disulfiram</i>	1	

Opioid Dependence

<i>buprenorphine hcl 2 mg tablet, 8 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -2-fm, -2-tb</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -4-1mg film, -8-2mg film, -12-3mg flm</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>buprenorphine-naloxone -8-2 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>naltrexone hcl</i>	1	
SUBLOCADE	1	
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SL FILM	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SUBOXONE 4 MG-1 MG FILM, 8 MG-2 MG FILM, 12 MG-3 MG FILM	1	QL (60 PER 30 DAYS)
VIVITROL	1	

Opioid Reversal Agents

KLOXXADO	1	
<i>naloxone hcl</i>	1	
NARCAN	1	

Smoking Cessation Agents

<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	1	
NICOTROL	1	
NICOTROL NS	1	
<i>varenicline tartrate</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulfate</i>	1	
<i>gentamicin sulfate in ns iso 100 mg/100 ml, iso 120 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate ped 20 mg/2 ml vial, 80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial</i>	1	
HUMATIN	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>paromomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate</i>	1	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	
Antibacterials, Other		
AZACTAM	1	
<i>aztreonam</i>	1	
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	1	
CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLEOCIN HCL	1	
CLEOCIN PHOSPHATE 9 G/60 ML VIAL, 150 MG/ML VIAL, 300 MG/2 ML VIAL, 600 MG/4 ML VIAL, 900 MG/6 ML VIAL, 900 MG/6ML ADDVAN	1	
CLEOCIN T 1% LOION	1	
<i>clindacin etz</i>	1	
<i>clindacin p</i>	1	
<i>clindamycin (pediatric)</i>	1	
<i>clindamycin hcl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clindamycin phosphate ph 1% gel, ph 1% solution, 2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel</i>	1	
<i>clindamycin phosphate-d5w</i>	1	
<i>clindamycin-0.9% nacl</i>	1	
<i>colistimethate</i>	1	
CUBICIN	1	
CUBICIN RF	1	
DALVANCE	1	
<i>daptomycin 500 mg vial</i>	1	
FLAGYL 375 CAPSULE	1	
IMPAVIDO	1	
<i>linezolid</i>	1	PA
<i>linezolid-0.9% nacl</i>	1	
<i>linezolid-d5w</i>	1	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
METRO IV	1	
<i>metronidazole vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 375 mg capsule, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b</i>	1	
<i>nitrofurantoin 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	
<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	1	
<i>tigecycline</i>	1	
<i>trimethoprim</i>	1	
TYGACIL	1	
<i>vancomycin 750 mg/150 ml bag</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>vancomycin hcl 1 gm add-van vial, 1 gm vial, 1 gram/200 ml bag, hcl 1g/200 ml bag, 1.25 gm/250 ml bag, hcl 1.25 gram vial, 1.5 gram/300 ml bag, hcl 1.5 gram vial, 1.75 gm/350 ml bag, 2 gram/400 ml bag, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg add-van vial, 500 mg vial, 500 mg/100 ml bag, 750 mg add-van vial, hcl 750 mg vial</i>	1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>vancomycin hcl-0.9% nacl vanco 500 mg/100 ml, vanco 750 mg/150 ml, vancomycin 1 g/200ml</i>	1	
<i>vancomycin hcl-d5w</i>	1	
VANDAZOLE	1	
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION, 600 MG TABLET	1	PA
ZYVOX 200 MG/100 ML, 600 MG/300 ML	1	
Beta-lactam, Cephalosporins		
<i>cefaclor 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
<i>cefadroxil</i>	1	
<i>cefazolin sodium 1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial</i>	1	
<i>cefazolin sodium-dextrose 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	1	
<i>cefdinir</i>	1	
<i>cefepime</i>	1	
<i>cefepime hcl 1 gm vial, 2 gram vial</i>	1	
<i>cefepime-dextrose</i>	1	
<i>cefixime 400 mg capsule</i>	1	
<i>cefoxitin</i>	1	
<i>cefoxitin sodium</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefepodoxime proxetil</i>	1	
<i>cefprozil</i>	1	
<i>ceftazidime</i>	1	
<i>ceftriaxone</i>	1	
<i>cefuroxime</i>	1	
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm vial, 750 mg vial</i>	1	
<i>cephalexin 125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 750 mg capsule</i>	1	
SUPRAX 100 MG TABLET CHEWABLE, 200 MG TABLET CHEWABLE, 400 MG CAPSULE	1	
<i>tazicef</i>	1	
TEFLARO	1	
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	1	
<i>ampicillin sodium 1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 2 gm add-vantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial, 250 mg vial, 500 mg vial</i>	1	
<i>ampicillin trihydrate 500 mg capsule</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam -sulb 3 gm add vial, -sulbactam 3 gm vial</i>	1	
AUGMENTIN 500-125 TABLET	1	
BICILLIN L-A	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	
EXTENCILLINE	1	
<i>naficillin</i>	1	
<i>naficillin sodium</i>	1	
<i>penicillin g potassium</i>	1	
<i>penicillin g sodium</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose</i>	1	
<i>penicillin v potassium</i>	1	
<i>pfizerpen</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam -tazo 2.25 gm add vl, -tazo 3.375 gm add vl, -tazo 4.5 gm add vial, -tazobact 2.25 gm vl, -tazobact 3.375 gm vl, -tazobact 4.5 gm vial</i>	1	
ZOSYN 2.25 GM/50 ML BAG, 3.375 GM/50 ML, 4.5 GM/100 ML BAG	1	
Carbapenems		
<i>ertapenem</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin sodium</i>	1	
INVANZ	1	
<i>meropenem</i>	1	
<i>meropenem-0.9% nacl</i>	1	
Macrolides		
<i>azithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin</i>	1	
<i>clarithromycin er</i>	1	
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	1	QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 200	1	
<i>ery</i>	1	
ERY-TAB	1	
ERYPED 200	1	
ERYPED 400	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	1	
ERYTHROCIN STEARATE	1	
<i>erythromycin 2% solution, 250 mg tablet, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>erythromycin lactobionate</i>	1	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP, 200 MG/5 ML SUSP, 250 MG TABLET, 250 MG Z-PAK TABLET, 500 MG TABLET, I.V. 500 MG VIAL	1	
ZITHROMAX TRI-PAK	1	
Quinolones		
CIPRO	1	
<i>ciprofloxacin</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl 100 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	
<i>ciprofloxacin-d5w</i>	1	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml vial, 750 mg tablet, 750 mg/30 ml vial</i>	1	
<i>levofloxacin-d5w</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	1	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	1	
Sulfonamides		
BACTRIM	1	
BACTRIM DS	1	
<i>sulfadiazine</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	1	
Tetracyclines		
<i>avidoxy</i>	1	
<i>demeclocycline hcl</i>	1	
<i>doxy 100</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 50 mg tablet, 75 mg capsule, 75 mg tablet, 100 mg cap, 100 mg tablet, 150 mg cap, 150 mg tablet</i>	1	
<i>minocycline hcl</i>	1	
<i>mondoxyne nl 100 mg capsule</i>	1	
NUZYRA 100 MG VIAL, 150 MG TABLET	1	
<i>tetracycline hcl 250 mg capsule, 500 mg capsule</i>	1	
VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE	1	

Anticonvulsants

Anticonvulsants, Other

BRIVIACT	1	
DEPAKOTE	1	
DEPAKOTE ER	1	
DEPAKOTE SPRINKLE	1	
DIACOMIT	1	
<i>divalproex sodium</i>	1	
<i>divalproex sodium er</i>	1	
EPIDIOLEX	1	PA
EPRONTIA	1	
<i>felbamate</i>	1	
FINTEPLA	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
FYCOMPA	1	
KEPPRA	1	
LAMICTAL	1	
LAMICTAL (BLUE)	1	
<i>lamotrigine</i>	1	
<i>lamotrigine (blue)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lamotrigine er er 25 mg tablet, er 50 mg tablet, er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet</i>	1	
<i>levetiracetam</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
<i>levetiracetam-nacl</i>	1	
<i>roweepra 500 mg tablet</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite (blue)</i>	1	
<i>topiramate</i>	1	
<i>valproate sodium</i>	1	
<i>valproic acid</i>	1	
XCOPRI	1	
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	1	
<i>ethosuximide</i>	1	
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
LYRICA 225 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYRICA 25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methsuximide</i>	1	
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 225 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
<i>clobazam 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel sys, 10 mg gel syst, 20 mg gel syst</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg capsule</i>	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup</i>	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 600 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
GABITRIL	1	
LIBERVANT	1	QL (10 PER 30 DAYS)
MYSOLINE	1	
NAYZILAM	1	QL (10 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	QL (1080 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 250 MG/5 ML SOLN, 250 MG/5 ML SOLUTION	1	QL (2160 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 300 MG CAPSULE	1	QL (360 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 400 MG CAPSULE	1	QL (270 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	QL (135 PER 30 DAYS)
ONFI 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ONFI 2.5 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital</i>	1	
<i>phenobarbital sodium</i>	1	
<i>primidone</i>	1	
SABRIL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SYMPAZAN 10 MG FILM, 20 MG FILM	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYMPAZAN 5 MG FILM	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tiagabine hcl</i>	1	
VALTOCO	1	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>vigadrone</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>vigpoder</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ZTALMY	1	
Sodium Channel Agents		
APTIOM	1	
BANZEL	1	
<i>carbamazepine</i>	1	
<i>carbamazepine er</i>	1	
CARBATROL	1	
DILANTIN	1	
DILANTIN-125	1	
<i>epitol</i>	1	
<i>fosphenytoin sodium</i>	1	
<i>lacosamide</i>	1	
<i>oxcarbazepine</i>	1	
PHENYTEK	1	
<i>phenytoin</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>rufinamide</i>	1	
TEGRETOL	1	
TEGRETOL XR	1	
TRILEPTAL	1	
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 200 MG/20 ML VIAL	1	
ZONEGRAN	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZONISADE	1	
<i>zonisamide</i>	1	

Antidementia Agents

Cholinesterase Inhibitors

ADLARITY	1	
ARICEPT 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	
<i>donepezil hcl</i>	1	
<i>donepezil hcl odt</i>	1	
EXELON	1	
<i>galantamine er</i>	1	
<i>galantamine hbr</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide</i>	1	
<i>rivastigmine</i>	1	

N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist

<i>memantine hcl</i>	1	PA
<i>memantine hcl er</i>	1	PA
NAMENDA	1	PA

Antidepressants

Antidepressants, Other

AUVELITY	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 150 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion xl hcl 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mirtazapine 15 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>mirtazapine 7.5 mg tablet, 15 mg odt, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG SOLTAB, 30 MG SOLTAB, 30 MG TABLET, 45 MG SOLTAB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REMERON 15 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPRAVATO 56 MG DOSE PACK	1	PA, QL (16 PER 28 DAYS)
SPRAVATO 84 MG DOSE PACK	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN SR SR 150 MG TABLET, SR 200 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE	1	QL (28 PER 365 OVER TIME)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	1	QL (14 PER 365 OVER TIME)
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MARPLAN	1	
NARDIL	1	
PARNATE	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/ Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibito		
CELEXA 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
CELEXA 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CYMBALTA 20 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CYMBALTA 30 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap, dr 60 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine dr</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule, 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule, 20 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LEXAPRO 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>nefazodone hcl</i>	1	
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine cr 25 mg tablet, 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>paroxetine er er 25 mg tablet, er 37.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	1	QL (900 PER 30 DAYS)
PAXIL 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PAXIL 30 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PRISTIQ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PROZAC 10 MG PULVULE	1	QL (90 PER 30 DAYS)
PROZAC 20 MG PULVULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PROZAC 40 MG PULVULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 20 mg/ml oral conc</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sertraline hcl 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>trazodone hcl</i>	1	
TRINTELLIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine besylate er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
VIIBRYD	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 100 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC	1	QL (300 PER 30 DAYS)
ZOLOFT 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	QL (45 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl</i>	1	
<i>amoxapine</i>	1	
<i>clomipramine hcl</i>	1	
<i>desipramine hcl</i>	1	
<i>doxepin hcl 10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule</i>	1	
<i>imipramine hcl</i>	1	
NORPRAMIN	1	
<i>nortriptyline hcl</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>trimipramine maleate</i>	1	

Antiemetics

Antiemetics, Other

<i>chlorpromazine hcl</i>	1	PA
<i>compro</i>	1	
<i>meclizine hcl 12.5 mg tablet, 25 mg tablet</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	PA
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml v/l</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	1	
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA
<i>promethegan 12.5 mg suppos, 25 mg suppository</i>	1	PA
<i>scopolamine</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant</i>	1	PA
<i>dronabinol</i>	1	PA
EMEND 80 MG CAPSULE, TRIPACK	1	PA
<i>fosaprepitant dimeglumine</i>	1	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial, 4 mg/4 ml vial</i>	1	
<i>ondansetron hcl</i>	1	
<i>ondansetron odt odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet</i>	1	
<i>palonosetron hcl</i>	1	
Antifungals		
AMBISOME	1	PA
<i>amphotericin b</i>	1	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	1	Part D vs Part B
CANCIDAS	1	
<i>caspofungin acetate</i>	1	
<i>ciclodan 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>ciclopirox 0.77% cream, 0.77% gel, 0.77% topical susp, 1% shampoo</i>	1	
<i>ciclopirox 8% solution</i>	1	QL (6.6 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole 1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche</i>	1	
CRESEMBA	1	PA
DIFLUCAN	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>fluconazole</i>	1	
<i>fluconazole-nacl -200 mg/100 ml, -400 mg/200 ml</i>	1	
<i>flucytosine</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>griseofulvin</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	1	
<i>itraconazole 100 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ketoconazole 2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet</i>	1	
<i>klayesta</i>	1	
LOPROX 1% SHAMPOO	1	
<i>micafungin</i>	1	
NOXAFIL	1	PA
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>posaconazole</i>	1	PA
SPORANOX 100 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole</i>	1	
VFEND IV	1	PA
<i>voriconazole</i>	1	PA

Antigout Agents

<i>allopurinol 100 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
<i>allopurinol sodium</i>	1	
ALOPRIM	1	
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i>	1	
COLCRYS	1	
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid-colchicine</i>	1	
ZYLOPRIM	1	

Antimigraine Agents

AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML	1	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
--------------------------------	---	------------------------

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml spray</i>	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
EMGALITY PEN	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY SYRINGE 100 MG/ML SYR(1 OF 3), 300 MG (100 MG X3SYR)	1	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	
MIGRANAL	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
NURTEC ODT	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
UBRELVY	1	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
IMITREX 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
IMITREX 4 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 4 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	ST, QL (6 PER 30 DAYS)
IMITREX 5 MG SPRAY, 20 MG SPRAY	1	ST, QL (12 PER 30 DAYS)
IMITREX 6 MG/0.5 ML CARTRIDGES, 6 MG/0.5 ML PEN INJECT	1	QL (6 PER 30 DAYS)
MAXALT	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
MAXALT MLT 10 MG TABLET	1	ST, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>naratriptan hcl</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>rizatriptan</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml cart, 6 mg/0.5ml autoinj</i>	1	QL (6 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml vial</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan odt</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
MESTINON	1	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide er</i>	1	
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone 25 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
MYCOBUTIN	1	
<i>rifabutin</i>	1	
Antituberculars		
<i>cycloserine</i>	1	
<i>ethambutol hcl</i>	1	
<i>isoniazid</i>	1	
PRIFTIN	1	
<i>pyrazinamide</i>	1	
RIFADIN IV 600 MG VIAL	1	
<i>rifampin</i>	1	
SIRTURO	1	
TRECTOR	1	
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>busulfan</i>	1	
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CYCLOPHOSPHAMIDE CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM VIAL, CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/2 ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 2 GM VIAL, CYCLOPHOSPHAMIDE 2 GM/10 ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 2 GM/4 ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG VIAL, CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML, CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL, CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML	1	
EVOMELA	1	
GLEOSTINE	1	
LEUKERAN	1	
MATULANE	1	PA
<i>melphalan hcl</i>	1	
TEMODAR 100 MG VIAL	1	
VALCHLOR	1	
YONDELIS	1	PA
ZEPZELCA	1	PA
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bicalutamide</i>	1	
CASODEX	1	
ERLEADA 240 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ERLEADA 60 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
EULEXIN	1	
NILANDRON	1	
<i>nilutamide</i>	1	
NUBEQA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XTANDI 40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XTANDI 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
YONSA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule</i>	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
<i>lenalidomide 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
POMALYST	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
REVLIMID 15 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
THALOMID 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
THALOMID 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZALTRAP	1	PA
Antiestrogens/Modifiers		
EMCYT	1	
FARESTON	1	
FASLODEX	1	PA
<i>fulvestrant</i>	1	PA
ORSERDU 345 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORSERDU 86 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SOLTAMOX	1	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	
Antimetabolites		
<i>fluorouracil 1 gram/20 ml vial, 2.5 gram/50 ml vial, 5 gram/100 ml vial, 500 mg/10 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
FOLOTYN	1	PA
HYDREA	1	
<i>hydroxyurea</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mercaptopurine</i>	1	
PURIXAN	1	
TABLOID	1	
Antineoplastics, Other		
ABRAXANE	1	PA
<i>adriamycin adriamycin 20 mg/10 ml vial, adriamycin 50 mg vial, adriamycin 10 mg vial, adriamycin 10 mg/5 ml vial, adriamycin 50 mg/25 ml vial, adriamycin 200 mg/100 ml vial</i>	1	Part D vs Part B
ALIMTA	1	PA
ARRANON	1	PA
<i>arsenic trioxide</i>	1	
ASPARLAS	1	
<i>azacitidine</i>	1	
<i>bendamustine hcl 25 mg vial, 100 mg vial</i>	1	
BENDEKA	1	
BICNU	1	
<i>bleomycin sulfate</i>	1	Part D vs Part B
BLINCYTO 35MCG VL W-STABILIZER	1	PA
<i>carboplatin 50 mg/5 ml vial, 150 mg/15 ml vial, 450 mg/45 ml vial, 600 mg/60 ml vial</i>	1	
<i>carmustine 100 mg vial</i>	1	
<i>cisplatin 50 mg/50 ml vial, 100 mg/100 ml vial, 200 mg/200 ml vial</i>	1	
<i>cladribine</i>	1	Part D vs Part B
<i>clofarabine</i>	1	
CLOLAR	1	
COSMEGEN	1	
<i>cytarabine</i>	1	Part D vs Part B
<i>dacarbazine</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dactinomycin</i>	1	
<i>daunorubicin hcl 20 mg/4 ml vial, 50 mg/10 ml vial</i>	1	
<i>decitabine</i>	1	
<i>docetaxel 20 mg/2 ml vial, 20 mg/ml vial, 80 mg/4 ml vial, 80 mg/8 ml vial, 160 mg/16 ml vial, 160 mg/8 ml vial</i>	1	
<i>doxorubicin hcl</i>	1	Part D vs Part B
<i>doxorubicin hcl liposome</i>	1	PA
<i>eribulin mesylate</i>	1	PA
<i>fludarabine phosphate</i>	1	
<i>gemcitabine hcl 1 gram/26.3 ml vl, hcl 1 gram vial, 2 gram/52.6 ml vl, hcl 2 gram vial, 200 mg/5.26 ml vl, hcl 200 mg vial</i>	1	
HALAVEN	1	PA
<i>idarubicin hcl</i>	1	
IFEX 3 GM VIAL	1	
<i>ifosfamide</i>	1	
IMLYGIC	1	
INQOVI	1	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
ISTODAX	1	PA
IXEMPRA	1	
<i>kemoplaf</i>	1	
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG	1	PA, QL (49 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG	1	PA, QL (70 PER 28 DAYS)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG	1	PA, QL (91 PER 28 DAYS)
<i>leucovorin calcium</i>	1	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	1	PA, QL (100 PER 28 DAYS)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	1	PA, QL (80 PER 28 DAYS)
<i>mitomycin</i>	1	
<i>mitoxantrone hcl</i>	1	
MUTAMYCIN	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nelarabine</i>	1	PA
NINLARO	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
NIPENT	1	
ONCASPAR	1	
ONUREG	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
<i>oxaliplatin</i>	1	
<i>paclitaxel</i>	1	
<i>paraplatin</i>	1	
<i>pemetrexed 100 mg vial, 500 mg vial</i>	1	PA
<i>pemetrexed disodium</i>	1	PA
<i>romidepsin romidepsin 10 mg kit, romidepsin 10 mg vial, romidepsin 27.5 mg/5.5 ml vial</i>	1	PA
RYLAZE	1	
SYNRIBO	1	PA
<i>thiotepa</i>	1	
TREANDA	1	
TRISENOX	1	
<i>vinblastine sulfate</i>	1	Part D vs Part B
<i>vincasar pfs</i>	1	Part D vs Part B
<i>vincristine sulfate</i>	1	Part D vs Part B
<i>vinorelbine tartrate</i>	1	
VYXEOS	1	PA
WELIREG	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
XPOVIO 40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE	1	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XPOVIO 40 MG, 60 MG	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	1	PA, QL (32 PER 28 DAYS)
ZANOSAR	1	
ZOLINZA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole</i>	1	
ARIMIDEX	1	
AROMASIN	1	
<i>exemestane</i>	1	
FEMARA	1	
<i>letrozole</i>	1	
Enzyme Inhibitors		
ETOPOPHOS	1	
<i>etoposide 100 mg/5 ml vial, 500 mg/25 ml vial, 1,000 mg/50 ml vial</i>	1	
<i>irinotecan hcl 40 mg/2 ml vial, 100 mg/5 ml vial, 500 mg/25 ml vial</i>	1	
IWILFIN	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ONIVYDE	1	PA
<i>toposar</i>	1	
<i>topotecan hcl 4 mg vial, 4 mg/4 ml vial</i>	1	
Molecular Target Inhibitors		
AFINITOR 2.5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AFINITOR 5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AFINITOR DISPERZ 2 MG TABLET, 5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AKEEGA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ALECENSA	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ALIQOPA	1	PA
ALUNBRIG 30 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ALUNBRIG 90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUGTYRO	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AYVAKIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BALVERSA 3 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BALVERSA 4 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
BALVERSA 5 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BELEODAQ	1	PA
<i>bortezomib</i>	1	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BOSULIF 400 MG TABLET, 500 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
BOSULIF 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (330 PER 30 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
BRUKINSA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CABOMETYX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CALQUENCE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
COPIKTRA	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
COTELIC	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
CYRAMZA	1	PA
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ERIVEDGE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet, 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 2 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>everolimus 2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>everolimus 3 mg tab for susp</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
EXKIVITY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
FARYDAK	1	PA, QL (6 PER 21 DAYS)
FOTIVDA	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
GAVRETO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gefitinib</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILOTRIF	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 100 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GLEEVEC 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IBRANCE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
ICLUSIG	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IDHIFA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE, 420 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	1	PA, QL (324 PER 30 DAYS)
INLYTA 1 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
INLYTA 5 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
INREBIC	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
IRESSA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JAKAFI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 100 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
JAYPIRCA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
JEVTANA	1	PA
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (21 PER 28 DAYS)
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (63 PER 28 DAYS)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
KRAZATI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
KYPROLIS	1	PA
<i>lapatinib</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
LENVIMA 12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LENVIMA 4 MG CAPSULE, 10 MG DAILY DOSE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LENVIMA 8 MG DAILY, 14 MG DAILY, 20 MG DAILY	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LORBRENA 100 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LORBRENA 25 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 120 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
LUMAKRAS 320 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LYNPARZA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	1	PA, QL (112 PER 28 DAYS)
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	1	PA, QL (140 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (1170 PER 28 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MEKINIST 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
MEKTOVI	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NERLYNX	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
NEXAVAR	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ODOMZO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OGSIVEO 100 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
OGSIVEO 50 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE), 100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE)	1	PA, QL (24 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	1	PA, QL (96 PER 28 DAYS)
OJJAARA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pazopanib hcl</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PEMAZYRE	1	PA, QL (14 PER 21 DAYS)
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PIQRAY 250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
QINLOCK	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
REZLIDHIA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ROZLYTREK 50 MG PELLETT PACKET	1	PA, QL (336 PER 28 DAYS)
RUBRACA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RYDAPT	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 100 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SCEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>sorafenib</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SPRYCEL 50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
STIVARGA	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>sunitinib malate 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SUTENT 25 MG CAPSULE, 37.5 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TABRECTA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (840 PER 28 DAYS)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAGRISSO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TALZENNA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TARCEVA 100 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TARCEVA 25 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TASIGNA	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TAZVERIK	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>temsirolimus</i>	1	
TEPMETKO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TIBSOVO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TORISEL	1	
<i>torpenz 2.5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>torpenz 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRUQAP	1	PA, QL (64 PER 28 DAYS)
TUKYSA 150 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TUKYSA 50 MG TABLET	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
TURALIO 125 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TYKERB	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VANFLYTA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VELCADE	1	PA
VENCLEXTA 10 MG TAB (10MG X 2), 10 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA 100 MG TABLET	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
VERZENIO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
VIZIMPRO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VONJO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
VOTRIENT	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XALKORI 150 MG PELLETT	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
XALKORI 20 MG PELLETT, 50 MG PELLETT, 200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XOSPATA	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZEJULA 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZELBORAF	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
ZYDELIG	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Monoclonal Antibody/Antibody-Drug Conjugate

ADCETRIS	1	PA
ALYMSYS	1	PA
ARZERRA	1	PA
AVASTIN	1	PA
BAVENCIO	1	PA
BESPOUSA	1	PA
BLENREP	1	PA
DANYELZA	1	PA
DARZALEX	1	PA
DARZALEX FASPRO	1	PA
EMPLICITI	1	PA
ENHERTU	1	PA
ERBITUX	1	PA
GAZYVA	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HERCEPTIN 150 MG VIAL	1	PA
HERCEPTIN HYLECTA	1	PA
HERZUMA	1	PA
IMFINZI	1	PA
JEMPERLI	1	PA
KADCYLA	1	PA
KANJINTI	1	PA
KEYTRUDA	1	PA
LIBTAYO	1	PA
LUMOXITI	1	PA
MARGENZA	1	PA
MONJUVI	1	PA
MVASI	1	PA
MYLOTARG	1	PA
OGIVRI	1	PA
ONTRUZANT	1	PA
OPDIVO	1	PA
PADCEV	1	PA
PERJETA	1	PA
PHESGO	1	PA
POLIVY	1	PA
PORTRAZZA	1	PA
POTELIGEO	1	PA
RIABNI	1	PA
RITUXAN	1	PA
RITUXAN HYCELA	1	PA
RUXIENCE	1	PA
RYBREVANT	1	PA
SARCLISA	1	PA
TECENTRIQ	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRAZIMERA	1	PA
TRODELVY	1	PA
TRUXIMA	1	PA
UNITUXIN	1	PA
VECTIBIX	1	PA
VEGZELMA	1	PA
YERVOY	1	PA
ZIRABEV	1	PA
ZYNLONTA	1	PA
Retinoids		
<i>bexarotene 1% gel, 75 mg capsule</i>	1	PA
PANRETIN	1	PA
TARGRETIN 1% GEL, 75 MG CAPSULE	1	PA
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	1	PA
Treatment Adjuncts		
COSELA	1	
<i>dexrazoxane</i>	1	
ELITEK	1	
<i>mesna</i>	1	
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	1	
<i>benznidazole</i>	1	
BILTRICIDE	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA
<i>praziquantel</i>	1	
STROMECTOL	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antiprotozoals		
<i>atovaquone</i>	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
COARTEM	1	
DARAPRIM	1	PA
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	
MALARONE	1	
<i>mefloquine hcl</i>	1	
NEBUPENT	1	PA
<i>nitazoxanide</i>	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PENTAM 300	1	
<i>pentamidine isethionate 300 mg inhal powder</i>	1	PA
<i>pentamidine isethionate 300 mg inject vial</i>	1	
PLAQUENIL	1	
<i>primaquine</i>	1	
<i>pyrimethamine</i>	1	PA
<i>quinine sulfate</i>	1	PA

Antiparkinson Agents

Antiparkinson Agents, Other

<i>amantadine</i>	1	
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	PA
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	
COMTAN	1	
<i>entacapone</i>	1	
TASMAR	1	
<i>tolcapone</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Dopamine Agonists		
APOKYN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>apomorphine hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bromocriptine mesylate</i>	1	
NEUPRO	1	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>ropinirole er</i>	1	
<i>ropinirole hcl</i>	1	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er</i>	1	
INBRIJA	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
RYTARY	1	
SINEMET 10-100	1	
SINEMET 25-100	1	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
AZILECT	1	
<i>rasagiline mesylate</i>	1	
<i>selegiline hcl</i>	1	
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	PA
<i>fluphenazine hcl</i>	1	PA
HALDOL DECANOATE 100	1	PA
HALDOL DECANOATE 50	1	PA
<i>haloperidol</i>	1	PA
<i>haloperidol decanoate</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>haloperidol decanoate 100</i>	1	PA
<i>haloperidol lactate</i>	1	PA
<i>loxapine</i>	1	PA
<i>molindone hcl</i>	1	PA
<i>pimozide</i>	1	PA
<i>thioridazine hcl</i>	1	PA
<i>thiothixene</i>	1	PA
<i>trifluoperazine hcl</i>	1	PA
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 30 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ABILIFY 2 MG TABLET, 5 MG TABLET	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 PER 56 OVER TIME)
ABILIFY MAINTENA	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tablet, 5 mg tablet</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole odt</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	1	QL (3.9 PER 56 OVER TIME)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	1	QL (1.6 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	1	QL (2.4 PER 28 DAYS)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	1	QL (3.2 PER 28 DAYS)
ARISTADA INITIO	1	QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CAPLYTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FANAPT 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GEODON 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
GEODON 20 MG/ML VIAL, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 3 MG TABLET, ER 9 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
INVEGA ER 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	1	QL (1 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 PER 28 DAYS)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 PER 28 DAYS)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75 PER 84 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	1	QL (2.63 PER 84 OVER TIME)
LATUDA 20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET, 120 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LYBALVI	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUPLAZID 10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 10 mg vial</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 15 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine odt</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>paliperidone er er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PERSERIS	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab, 400 mg tab</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er er 150 mg tablet, er 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
REXULTI 0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
RISPERDAL 4 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
RISPERDAL CONSTA	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	PA, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>risperidone 4 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>risperidone er</i>	1	QL (2 PER 28 DAYS)
<i>risperidone odt 0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone odt 4 mg</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SAPHRIS	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
SEROQUEL 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SEROQUEL XR 150 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SEROQUEL XR 50 MG TABLET, 300 MG TABLET, 400 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UZEDY ER 100 MG/0.28 ML SYRING	1	QL (0.28 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 125 MG/0.35 ML SYRING	1	QL (0.35 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 150 MG/0.42 ML SYRING	1	QL (0.42 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 200 MG/0.56 ML SYRING	1	QL (0.56 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE	1	QL (0.7 PER 56 OVER TIME)
UZEDY ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE	1	QL (0.14 PER 28 DAYS)
UZEDY ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE	1	QL (0.21 PER 28 DAYS)
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	1	QL (28 PER 28 DAYS)
<i>ziprasidone hcl 20 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone hcl 60 mg capsule, 80 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 10 MG VIAL	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 15 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ZYPREXA 2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA, QL (45 PER 30 DAYS)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VIAL, 210 MG VL KIT, 300 MG VIAL, 300 MG VL KIT	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VIAL, 405 MG VL KIT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
ZYPREXA ZYDIS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
Treatment-Resistant		
<i>clozapine 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 25 mg tablet, 50 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 150 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clozapine odt 200 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 100 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 200 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
CLOZARIL 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Antispasticity Agents

<i>baclofen 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	1	
<i>tizanidine hcl</i>	1	

Antivirals

Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)

BIKTARVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CABENUVA ER 400 MG-600 MG SUSP	1	QL (4 PER 28 DAYS)
CABENUVA ER 600 MG-900 MG SUSP	1	QL (6 PER 28 DAYS)
DOVATO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG POWDER PACKET, 400 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG TABLET CHEW, 100 MG TABLET CHEW	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 10 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
TIVICAY 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TIVICAY PD	1	QL (360 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 200 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 50 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 100 MG TABLET, 200 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 50 mg/5 ml susp</i>	1	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI LO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	1	QL (850 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (960 PER 30 DAYS)
EPIVIR 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EPIVIR 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPZICOM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RETROVIR 10 MG/ML SYRUP	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
RETROVIR 100 MG CAPSULE	1	QL (180 PER 30 DAYS)
RETROVIR 200 MG/20 ML VIAL	1	
<i>stavudine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD	1	QL (180 PER 30 DAYS)
TRIZIVIR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TRUVADA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD POWDER	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 20 MG/ML SOLUTION	1	QL (960 PER 30 DAYS)
ZIAGEN 300 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg capsule</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5 ml syrup</i>	1	QL (1920 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	1	QL (1840 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TABLET, 150 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	1	QL (4 PER 28 OVER TIME)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	1	QL (5 PER 28 OVER TIME)
TROGARZO	1	QL (18.62 PER 28 DAYS)
TYBOST	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 300 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 200 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 100-25 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
KALETRA 200-50 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	1	QL (480 PER 30 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
LEXIVA 700 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir -80-20mg/ml</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir -ritonavir 100-25mg tb</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir -ritonavir 200-50mg tb</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET	1	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	1	QL (400 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL (300 PER 30 DAYS)
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
<i>cidofovir</i>	1	
<i>ganciclovir sodium 500 mg vial</i>	1	Part D vs Part B
PREVYMIS 240 MG TABLET, 480 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VALCYTE	1	
<i>valganciclovir hcl</i>	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
BARACLUDE	1	
<i>entecavir</i>	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	
<i>lamivudine hbv</i>	1	
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA	1	PA
HARVONI	1	PA
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ribavirin 200 mg capsule, 200 mg tablet</i>	1	
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	1	PA
SOVALDI	1	PA
VOSEVI	1	PA
ZEPATIER	1	PA
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg capsule</i>	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg capsule, 75 mg capsule</i>	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml suspension</i>	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA	1	QL (120 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET	1	QL (4 PER 365 OVER TIME)
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)
Antitherpetic Agents		
<i>acyclovir 200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet</i>	1	
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	PA
<i>acyclovir sodium 500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial</i>	1	PA
<i>famciclovir</i>	1	
<i>valacyclovir</i>	1	
VALTREX	1	
ZOVIRAX 5% OINTMENT	1	PA
Anxiolytics		
<i>alprazolam 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>buspirone hcl</i>	1	
<i>clonazepam 0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg odt, 2 mg tablet</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tablet</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution</i>	1	PA, QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/ml, 25 mg/5 ml</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet</i>	1	PA
<i>hydroxyzine pamoate 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	PA
<i>lorazepam 0.5 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tablet, 2 mg/ml oral concent</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>oxazepam</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Bipolar Agents

<i>lithium carbonate</i>	1	
<i>lithium carbonate er</i>	1	
<i>lithium citrate</i>	1	
LITHOBID	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>acarbose 25 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>acarbose 50 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ACTOS 15 MG TABLET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
ACTOS 30 MG TABLET, 45 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BYDUREON BCISE	1	PA, QL (3.4 PER 28 DAYS)
BYETTA	1	PA, QL (2.4 PER 30 DAYS)
CYCLOSET	1	QL (180 PER 30 DAYS)
FARXIGA 10 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	1	
<i>glimepiride 1 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 2 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide er 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide xl 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin -2.5-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glipizide-metformin -2.5-500 mg, -5-500 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GLUCOTROL XL 2.5 MG TABLET	1	QL (240 PER 30 DAYS)
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 1.25 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 2.5 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 1.5 mg tab</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 3 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>glyburide micronized 6 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl -1.25-250 mg</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>glyburide-metformin hcl -2.5-500 mg, -5-500 mg</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
GLYXAMBI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	1	
JANUMET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JANUVIA 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUVIA 25 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JANUVIA 50 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JARDIANCE 10 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JARDIANCE 25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	1	QL (30 PER 30 DAYS)
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TAB, 5-500 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MOUNJARO	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide 120 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nateglinide 60 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
ONGLYZA 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ONGLYZA 5 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 15 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl 30 mg tablet, 45 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone-metformin</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	1	QL (960 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 1 mg tablet</i>	1	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>repaglinide 2 mg tablet</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
RYBELSUS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl 2.5 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin hcl 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er -metformin er 5-500, -metformn er 5-1000</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>saxagliptin-metformin er saxagliptn-2.5-1000</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SOLQUA 100-33	1	QL (18 PER 30 DAYS)
SYMLINPEN 120	1	
SYMLINPEN 60	1	
SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	1	QL (120 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 5-MG TABLET, 10-MG TABLET, 12.5-MG TAB	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRADJENTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
VICTOZA 2-PAK	1	PA, QL (9 PER 30 DAYS)
VICTOZA 3-PAK	1	PA, QL (9 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET, 5 MG-500 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Glycemic Agents		
BAQSIMI	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>diazoxide</i>	1	
GLUCAGEN	1	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>glucagon emergency kit glucagon 1 mg emergency kit, glucagon emergency kit</i>	1	QL (4 PER 30 DAYS)
GVOKE	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE -PK MG/0.2 ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 1PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE -PK 1 MG/0.ML	1	QL (0.8 PER 30 DAYS)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 2PK 0.5MG/0.1 ML	1	QL (0.4 PER 30 DAYS)
PROGLYCEM	1	
Insulins		
HUMALOG	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMALOG KWIKPEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG KWIKPEN U-200	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMALOG TEMPO PEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70-30	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN N KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R	1	QL (60 PER 30 DAYS)
HUMULIN R U-500	1	PA
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>inpen (for humalog)</i>	1	
<i>inpen (for novolog or fiasp)</i>	1	
<i>insulin pen needle</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	1	
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	1	
<i>insulin syringe u-500</i>	1	
LANTUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV KWIKPEN U-200	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LYUMJEV TEMPO PEN U-100	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>needles, insulin disp., safety</i>	1	
<i>novopen echo</i>	1	
<i>omnipod 5 g6 intro kit (gen 5)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>omnipod 5 g6 pods (gen 5)</i>	1	
<i>omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)</i>	1	
<i>omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)</i>	1	
<i>omnipod classic pdm kit(gen 3)</i>	1	
<i>omnipod classic pods (gen 3)</i>	1	
<i>omnipod dash intro kit (gen 4)</i>	1	
<i>omnipod dash pdm kit (gen 4)</i>	1	
<i>omnipod dash pods (gen 4)</i>	1	
<i>omnipod go pods</i>	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>v-go 20</i>	1	
<i>v-go 30</i>	1	
<i>v-go 40</i>	1	
<i>vgo 20</i>	1	
<i>vgo 30</i>	1	
<i>vgo 40</i>	1	

Blood Products and Modifiers

Anticoagulants

<i>dabigatran etexilate 110 mg cp</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dabigatran etexilate 75 mg cap, 150 mg cp</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG	1	QL (74 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe, 300 mg/3 ml vial</i>	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml syr</i>	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>enoxaparin sodium 80 mg/0.8 ml, 120 mg/0.8 ml</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8 ml syr</i>	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5 ml syr</i>	1	QL (15 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
<i>heparin sodium</i>	1	
<i>heparin sodium-d5w 20,000 unit/500 ml</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/3 ML VIAL	1	QL (30 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE	1	QL (9 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE	1	QL (12 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE	1	QL (18 PER 90 OVER TIME)
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE, 120 MG/0.8 ML SYRINGE	1	QL (24 PER 90 OVER TIME)
PRADAXA 110 MG CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PRADAXA 75 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium</i>	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	1	QL (620 PER 30 DAYS)
XARELTO 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TABLET, 15 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	1	QL (51 PER 30 DAYS)
ZONTIVITY	1	
Blood Products and Modifiers, Other		
AGRYLIN	1	
<i>anagrelide hcl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE	1	PA
FULPHILA	1	PA
GRANIX	1	PA
LEUKINE	1	PA
MOZOBIL	1	
NIVESTYM	1	PA
<i>plerixafor</i>	1	
PROCRIT	1	PA
PROMACTA	1	PA
RETACRIT	1	PA
UDENYCA	1	PA
UDENYCA AUTOINJECTOR	1	PA
UDENYCA ONBODY	1	PA
ZIEXTENZO	1	PA
Hemostasis Agents		
CYKLOKAPRON	1	
<i>tranexamic acid</i>	1	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	1	
BRILINTA	1	
CABLIVI	1	
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	1	
<i>dipyridamole 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PLAVIX	1	
<i>prasugrel hcl</i>	1	

Cardiovascular Agents

Alpha-adrenergic Agonists

<i>clonidine</i>	1	
<i>clonidine hcl 0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA
<i>guanfacine hcl</i>	1	
<i>midodrine hcl</i>	1	
NORTHERA	1	PA

Alpha-adrenergic Blocking Agents

CARDURA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>doxazosin mesylate</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MINIPRESS	1	
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	1	
<i>prazosin hcl</i>	1	
<i>terazosin hcl 1 mg capsule</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>terazosin hcl 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Angiotensin II Receptor Antagonists

ATACAND 32 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
AVAPRO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
BENICAR 5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>candesartan cilexetil 32 mg tb</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>candesartan cilexetil 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
COZAAR 100 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COZAAR 25 MG TABLET, 50 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
DIOVAN 320 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN 40 MG TABLET, 80 MG TABLET, 160 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
EDARBI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>losartan potassium 100 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>losartan potassium 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
MICARDIS	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan 320 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan 40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors

ACCUPRIL	1	
ALTACE	1	
<i>benazepril hcl</i>	1	
<i>captopril</i>	1	
<i>enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
LOTENSIN	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hcl</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>trandolapril</i>	1	
VASOTEC	1	
ZESTRIL	1	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl 100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>lidocaine hcl 1% abboject, 1% syringe</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
MULTAQ	1	
<i>pacerone pacerone 100 mg tablet, pacerone 400 mg tablet, pacerone 200 mg tablet</i>	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hcl er</i>	1	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab</i>	1	
<i>quinidine sulfate</i>	1	
RYTHMOL SR	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol</i>	1	
<i>sotalol af</i>	1	
TIKOSYN	1	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>betaxolol hcl 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	
BYSTOLIC	1	
<i>carvedilol</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>carvedilol er</i>	1	
COREG CR	1	
CORGARD 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	
INDERAL LA	1	
INDERAL XL	1	
INNOPRAN XL	1	
<i>labetalol hcl 100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet</i>	1	
LOPRESSOR 50 MG TABLET, 100 MG TABLET	1	
<i>metoprolol succinate</i>	1	
<i>metoprolol tartrate 25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	
<i>nebivolol hcl</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	
<i>propranolol hcl</i>	1	
<i>propranolol hcl er</i>	1	
TENORMIN	1	
<i>timolol maleate 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
TOPROL XL	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate</i>	1	
<i>felodipine er</i>	1	
<i>isradipine</i>	1	
<i>nicardipine hcl 20 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	
<i>nifedipine er</i>	1	
<i>nimodipine</i>	1	
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet, er 17 mg tablet, er 25.5 mg tablet, er 34 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NORVASC	1	
PROCARDIA XL	1	
SULAR	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDIZEM	1	
CARDIZEM CD	1	
CARDIZEM LA	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem 12hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (la)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	1	
<i>diltiazem hcl 30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>tiadyt er</i>	1	
TIAZAC	1	
<i>verapamil er</i>	1	
<i>verapamil er pm</i>	1	
<i>verapamil hcl 40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet</i>	1	
<i>verapamil sr</i>	1	
VERELAN	1	
VERELAN PM	1	
Cardiovascular Agents, Other		
ACCURETIC 10-12.5 MG TABLET, 20-12.5 MG TABLET	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetazolamide</i>	1	
<i>acetazolamide er</i>	1	
ALDACTAZIDE 25-25 TABLET	1	
<i>aliskiren</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ATACAND HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	
AVALIDE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	
BENICAR HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CORLANOR 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	1	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
DEMSER	1	
<i>digitek</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digox</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>digoxin 0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 62.5 mcg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DIOVAN HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDARBYCLOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	1	QL (180 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
EXFORGE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EXFORGE HCT	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
HYZAAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ivabradine hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
LANOXIN 62.5 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 250 MCG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
LOTENSIN HCT	1	
MAXZIDE	1	
MAXZIDE-25 MG	1	
<i>methazolamide</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	1	
MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET, 80-25 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pentoxifylline</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz</i>	1	
TEKTURNA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid -40-12.5 mg tb, -80-25 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid -hctz 80-12.5 mg tb</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
TENORETIC 100	1	
TENORETIC 50	1	
<i>trandolapril-verapamil er</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid -37.5-25 mg cp, -37.5-25 mg tb, -75-50 mg tab</i>	1	
TRIBENZOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VASERETIC	1	
VERQUVO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ZESTORETIC	1	
ZIAC	1	
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide</i>	1	
<i>furosemide</i>	1	
LASIX	1	
<i>toremide</i>	1	
Diuretics, Potassium-sparing		
ALDACTONE	1	
<i>amiloride hcl</i>	1	
<i>eplerenone</i>	1	
INSPRA	1	
KERENDIA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metolazone</i>	1	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate 43 mg capsule, 48 mg tablet, 54 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fenofibrate 67 mg capsule, 130 mg capsule, 134 mg capsule, 145 mg tablet, 160 mg tablet, 200 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fenofibric acid dr 135 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fenofibric acid dr 45 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>gemfibrozil</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LOPID	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>atorvastatin calcium 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
CRESTOR 40 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
CRESTOR 5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
<i>fluvastatin sodium</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
LIPITOR 10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
LIPITOR 80 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lovastatin</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>pravastatin sodium 80 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 5 mg tablet, 10 mg tablet, 40 mg tablet</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZOCOR 10 MG TABLET, 40 MG TABLET	1	ST, QL (45 PER 30 DAYS)
ZOCOR 20 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine</i>	1	
<i>cholestyramine light</i>	1	
COLESTID	1	
<i>colestipol hcl</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 0.5 gm capsule, 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gram capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
JUXTAPID 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE	1	PA
LOVAZA	1	
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>niacin er er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>triklo</i>	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
VASCEPA 1 GM CAPSULE	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VYTORIN	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
ZETIA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>minoxidil 2.5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
ISORDIL TITRADOSE	1	
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	
NITRO-BID	1	
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, 0.4% ointment, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray</i>	1	
<i>nitroglycerin patch</i>	1	
NITROLINGUAL	1	
NITROSTAT	1	
RECTIV	1	

Central Nervous System Agents

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines

ADDERALL XR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE 10 MG, 15 MG	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DEXEDRINE SPANSULE 5 MG	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er er 10 mg cap, er 15 mg cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphet er -er 5 mg cap, -er 10 mg cap, -er 15 mg cap, -er 20 mg cap, -er 25 mg cap, -er 30 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine -20 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextroamphetamine-amphetamine - amphetam 7.5 mg tab, -amphetam 12.5 mg tab, -amphetamin 10 mg tab, -amphetamin 15 mg tab, -amphetamin 30 mg tab, -amphetamine 5 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate 10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule, 50 mg capsule, 60 mg capsule, 70 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VYVANSE 10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 70 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FOCALIN	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5 ml sol</i>	1	PA, QL (900 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5 ml soln</i>	1	PA, QL (450 PER 30 DAYS)
RITALIN	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
STRATTERA 10 MG CAPSULE, 18 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE	1	QL (60 PER 30 DAYS)
STRATTERA 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Central Nervous System, Other		
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 9 MG TABLET, 12 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) KT(6-12-24 MG)	1	PA, QL (42 PER 28 DAYS)
NUEDEXTA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>riluzole</i>	1	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XENAZINE 12.5 MG TABLET	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
XENAZINE 25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Multiple Sclerosis Agents		
AMPYRA	1	PA
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
AVONEX PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
BETASERON	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>dalfampridine er</i>	1	PA
<i>dimethyl fumarate</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fingolimod</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
KESIMPTA PEN	1	PA, QL (1.6 PER 28 DAYS)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
MAYZENT 1 MG TABLET, 2 MG TABLET	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PLEGRIDY	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
PLEGRIDY PEN	1	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
TECFIDERA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TYSABRI	1	PA
VUMERITY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Dental and Oral Agents

<i>cevimeline hcl</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse</i>	1	
KEPIVANCE	1	
<i>kourzeq</i>	1	
<i>oralone</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hcl 5 mg tablet, 7.5 mg tablet</i>	1	
SALAGEN	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1% paste</i>	1	

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

<i>acutane</i>	1	
<i>acitretin</i>	1	
<i>amneesteem</i>	1	
AVITA	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>azelaic acid</i>	1	
AZELEX	1	
BENZAMYCIN	1	
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide -benzoyl 1-5%, -bnz 1-5% pmp</i>	1	
<i>doxycycline ir-dr</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	1	
FINACEA	1	
<i>isotretinoin</i>	1	
KLARON	1	
<i>myorisan</i>	1	
ORACEA	1	
RETIN-A	1	PA
<i>sulfacetamide sodium sod 10% top susp, sodium 10% lotn</i>	1	
<i>tazarotene 0.05% gel, 0.1% cream, 0.1% gel</i>	1	PA
TAZORAC 0.05% CREAM, 0.05% GEL, 0.1% GEL	1	PA
<i>tretinoin 0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.1% cream</i>	1	PA
<i>zenatane</i>	1	
Dermatitis and Pruitus Agents		
ALA-CORT -1% CREAM	1	
<i>ala-cort -2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>alclometasone dipropionate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>ammonium lactate</i>	1	
<i>betamethasone diprop augmented 0.05% crm, 0.05% gel, 0.05% oin</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>betamethasone diprop augmented dp 0.05% lot</i>	1	QL (210 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>betamethasone dipropionate 0.05% crm, 0.05% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone dipropionate dp 0.05% lot</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate 0.1% lotion</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>betamethasone valerate va 0.1% cream, valer 0.1% ointm</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	1	QL (210 PER 28 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment</i>	1	QL (210 PER 28 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% shampoo</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate 0.05% solution, prop 0.05% foam</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>clodan</i>	1	QL (236 PER 30 DAYS)
<i>desonide 0.05% cream, 0.05% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>desonide 0.05% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)
<i>desoximetasone 0.05% cream, 0.05% gel, 0.25% cream, 0.25% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
DIPROLENE	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>doxepin hcl 5% cream</i>	1	PA
ELIDEL	1	PA
<i>fluocinolone acetonide 0.01% body, 0.01% scalp</i>	1	QL (118.28 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide 0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide-e</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 0.005% oint, 0.05% cream</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>halobetasol propionate 0.05% cream, 0.05% ointmnt</i>	1	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone 1% cream, 1% ointment</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% lotion</i>	1	QL (118 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hydrocortisone 2.5% ointment</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate hydrocort buty 0.1% lipid crm, hydrocort buty 0.1% lipo cream, hydrocortisone buty 0.1% cream, hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
LOCOID LIPOCREAM	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 0.1% cream, 0.1% oint</i>	1	QL (135 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>pimecrolimus</i>	1	PA
<i>prednicarbate 0.1% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
PRUDOXIN	1	PA
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	1	
<i>tacrolimus 0.03%, 0.1%</i>	1	PA
<i>triamcinolone acetonide 0.025% cream, 0.025% oint, 0.1% cream, 0.1% ointment, 0.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide 0.025% lotion, 0.1% lotion, 0.5% ointment</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>triderm</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
ZONALON	1	PA
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene 0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>calcitrene</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	1	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	1	PA
EFUDEX	1	
<i>fluorouracil 0.5% cream, 2% topical soln, 5% cream, 5% topical soln</i>	1	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>methoxsalen</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	
OTEZLA 10-20-30MG START 28 DAY, 30 MG TABLET	1	PA
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	1	
REGRANEX	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
SANTYL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
SILVADENE	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
SSD	1	
Pediculicides/Scabicides		
<i>ivermectin 1% cream</i>	1	PA
<i>lindane</i>	1	
<i>malathion</i>	1	
OVIDE	1	
<i>permethrin</i>	1	
SOOLANTRA	1	PA
Topical Anti-infectives		
<i>gentamicin sulfate 0.1% cream, 0.1% ointment</i>	1	
METROCREAM	1	
METROGEL	1	
METROLOTION	1	
<i>metronidazole 0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel</i>	1	
<i>mupirocin</i>	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>rosadan</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Electrolytes/Minerals/ Metals/ Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacement		
<i>aqua care sodium chloride</i>	1	
CARBAGLU	1	PA
<i>carglumic acid</i>	1	PA
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.33% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	1	
<i>dextrose in lactated ringers</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl 10meq/500ml-- 0.225%nacl, 20 meq/l--0.225% nacl</i>	1	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	1	
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
KLOR-CON M15	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>lactated ringers injection</i>	1	
<i>magnesium sulfate 50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% syringe</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>potassium chloride cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20% (40 meq/15ml), cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet</i>	1	
<i>potassium chloride in d5lr kcl 20 meqd5w- lact ringer</i>	1	
<i>potassium chloride proamp</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	1	
<i>potassium chloride-dextrose 5% kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	1	
<i>potassium citrate er</i>	1	
<i>sodium chloride saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial</i>	1	
<i>sodium chloride-water</i>	1	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET	1	
<i>deferasirox 90 mg granule pkt, 90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg granule pkt, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg granule pkt, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp</i>	1	PA
EXJADE	1	PA
JADENU	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JADENU SPRINKLE	1	PA
SAMSCA	1	PA
SYPRINE	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan</i>	1	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>dextrose in water 5%-100 ml, 5%-50 ml, 5%-iv soln, 10%-iv solution</i>	1	
<i>fomepizole</i>	1	
<i>glucose in water</i>	1	
INTRALIPID 20% IV FAT EMUL	1	PA
NUTRILIPID	1	PA
TRAVASOL	1	PA
TROPHAMINE	1	PA
<i>water sterile for irrigation</i>	1	
Phosphate Binders		
AURYXIA	1	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>calcium acetate 667 mg capsule, 667 mg gelcap, 667 mg tablet</i>	1	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW	1	QL (90 PER 30 DAYS)
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET, 750 MG TABLET CHEW	1	QL (180 PER 30 DAYS)
FOSRENOL MG POWDER PACK, MG TABLET CHEW	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 1,000 mg tb chw</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 500 mg tab chew</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lanthanum carbonate 750 mg tab chew</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
REVELA 0.8 GM POWDER PACKET	1	QL (270 PER 30 DAYS)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET	1	QL (90 PER 30 DAYS)
REVELA 800 MG TABLET	1	
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm powder packet</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sevelamer carbonate 2.4 gm powder packet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	1	
VELPHORO	1	QL (180 PER 30 DAYS)
Potassium Binders		
<i>kionex</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
SPS	1	
VELTASSA	1	
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution</i>	1	
LINZESS	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 24 mcg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone 8 mcg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
MOVANTIK	1	
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL, 150 MG TABLET	1	PA
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alose tron hcl</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diphenoxylate-atropine -2.5-0.025</i>	1	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	1	
LOTRONEX	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
VIBERZI	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XERMELO	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl 10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet</i>	1	PA
<i>glycopyrrolate 1 mg tablet, 2 mg tablet</i>	1	
<i>methscopolamine bromide</i>	1	PA
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metronidazole-tetracyc</i>	1	
CHENODAL	1	PA
GATTEX	1	PA
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n</i>	1	
GOLYTELY	1	
<i>metoclopramide hcl</i>	1	
MOVIPREP	1	
MYALEPT	1	PA
NULYTELY	1	
OCALIVA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>peg 3350-electrolyte -solution</i>	1	
<i>peg-3350 and electrolytes</i>	1	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	1	
PYLERA	1	
REGLAN	1	
<i>sod sulf-potass sulf-mag sulf</i>	1	
SUPREP	1	
SUTAB	1	
<i>ursodiol 250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	
XIFAXAN 550 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet</i>	1	
<i>famotidine 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml susp, 200 mg/20 ml vial, 500 mg/50 ml vial</i>	1	
<i>nizatidine 150 mg capsule, 300 mg capsule</i>	1	
Protectants		
CARAFATE	1	
CYTOTEC	1	
<i>misoprostol</i>	1	
<i>sucralfate</i>	1	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium dr 10 mg packet, dr 20 mg packet, dr 40 mg packet, mag dr 20 mg cap, mag dr 40 mg cap</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>esomeprazole sodium 40 mg vial</i>	1	
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM DR 10 MG PACKET, DR 20 MG CAPSULE, DR 20 MG PACKET, DR 40 MG CAPSULE, DR 40 MG PACKET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET, DR 5 MG PACKET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
NEXIUM I.V.	1	
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i>	1	
<i>pantoprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium dr 40 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PREVACID DR 30 MG CAPSULE	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROTONIX DR 20 MG TABLET	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
PROTONIX DR 40 MG TABLET	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium dr 20 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment

ALDURAZYME	1	
<i>betaine anhydrous</i>	1	
BUPHENYL 500 MG TABLET	1	PA
CARNITOR 1 GM/10 ML ORAL SOLN, 100 MG/ML ORAL SOLN, 330 MG TABLET	1	
CARNITOR SF	1	
CEREZYME	1	PA
CREON	1	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5 ml oral conc</i>	1	
CRYSVITA	1	PA
CYSTADANE	1	
CYSTAGON	1	PA
ELAPRASE	1	
ELELYSO	1	PA
ENDARI	1	PA
FABRAZYME	1	
<i>javygtor</i>	1	PA
KUVAN	1	PA
<i>l-glutamine -glutamine 5 gram powder pkt</i>	1	PA
<i>levocarnitine 1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup</i>	1	
<i>levocarnitine sf</i>	1	
LUMIZYME	1	
<i>miglustat</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAGLAZYME	1	
<i>nitisinone</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ORFADIN	1	
PALYNZIQ	1	PA
PROLASTIN C	1	PA
REVCOVI	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	PA
STRENSIQ	1	PA
VPRIV	1	PA
VYNDAMAX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
VYNDAQEL	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>yargesa</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
ZENPEP	1	
ZOKINVY	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Genitourinary Agents

Antispasmodics, Urinary

<i>darifenacin er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DETROL	1	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
DETROL LA	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fesoterodine fumarate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GEMTESA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET	1	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	1	QL (300 PER 28 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup</i>	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 10 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 15 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride er cl 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>solifenacin succinate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TOVIAZ	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>trospium chloride</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>trospium chloride er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
AVODART	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
FLOMAX	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PROSCAR	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RAPAFLO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>silodosin</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Contraceptives, Other		
LILETTA	1	
SKYLA	1	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride</i>	1	
DEPEN	1	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tablet</i>	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Adrenal)		
ACTHAR	1	PA
ACTHAR SELFJECT	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CORTEF	1	
<i>decadron 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet</i>	1	
<i>dexamethasone</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml syringe, 4 mg/ml vial, 20 mg/5 ml vial, 120 mg/30 ml vial</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	
HEMADY	1	
<i>hidex</i>	1	
<i>hydrocortisone 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet</i>	1	
MEDROL 4 MG DOSEPAK, 4 MG TABLET, 8 MG TABLET, 16 MG TABLET, 32 MG TABLET	1	
<i>methylprednisolone</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 5 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup, sod ph 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>prednisone</i>	1	
SOLU-MEDROL -1 GRAM VIAL, -40 MG VIAL, -125 MG VIAL, -500 MG VIAL, -1,000 MG VIAL	1	
<i>taperdex 6 day 1.5 mg tablet</i>	1	

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Pituitary)

CHORIONIC GONADOTROPIN	1	PA
DDAVP 0.1 MG TABLET, 0.2 MG TABLET	1	
<i>desmopressin acetate 0.01% solution, 0.01% spray, ac 4 mcg/ml ampul, ac 4 mcg/ml vial, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb, 10 mcg/0.1 ml spr, 40 mcg/10 ml vial</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INCRELEX	1	
OMNITROPE	1	PA
PREGNYL	1	PA

Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Sex Hormones/ Modifiers)

Androgens

ANDROGEL 1.62% GEL PUMP, 1.62%(2.5G) GEL PCKT	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>danazol</i>	1	PA
DEPO-TESTOSTERONE	1	PA
<i>methyltestosterone</i>	1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i>	1	PA, QL (225 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt</i>	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i>	1	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA

Estrogens

DEPO-ESTRADIOL	1	
DIVIGEL	1	
<i>dotti</i>	1	
ESTRACE 0.01% CREAM	1	
<i>estradiol (once weekly)</i>	1	
<i>estradiol (twice weekly)</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>estradiol 0.01% cream, 0.1% (0.25mg) gel pk, 0.1% (0.5mg) gel pkt, 0.1% (0.75mg) gel pk, 0.1% (1 mg) gel pkt, 0.1% (1.25mg) gel pk, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
ESTRING	1	
<i>lyllana</i>	1	
MENEST	1	
PREMARIN 0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL	1	
VAGIFEM	1	
<i>yuvafem</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Sex Hormones/ Modifiers)		
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen</i>	1	
<i>amabelz</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>chateal</i>	1	
<i>chateal eq</i>	1	
COMBIPATCH	1	
<i>cryselle</i>	1	
<i>cyred</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>emoquette</i>	1	
<i>enpresse</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acetat</i>	1	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>falmina</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>femynor</i>	1	
<i>gemmily</i>	1	
<i>hailey</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>hailey fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel</i>	1	
<i>junel fe</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1-35</i>	1	
<i>kelnor 1-50</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe</i>	1	
<i>larissia</i>	1	
LAYOLIS FE	1	
<i>leena</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levonorg-eth estrad eth estrad Ivono-strad 0.15-0.03-0.01, Ivonor-strad 0.1-0.02-0.01</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	1	
<i>levora-28</i>	1	
<i>lillow</i>	1	
<i>lo-zumandimine</i>	1	
LOESTRIN	1	
LOESTRIN FE	1	
<i>lojaimiess</i>	1	
<i>loryna</i>	1	
LOSEASONIQUE	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutera</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>merzee</i>	1	
<i>microgestin</i>	1	
<i>microgestin 24 fe</i>	1	
<i>microgestin fe</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mimvey</i>	1	
MIRCETTE	1	
<i>mono-linyah</i>	1	
<i>necon</i>	1	
<i>nikki</i>	1	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estradiol norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb, norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron --1 mg/20-30-35 mcg, --1-0.02(21)-75 tab, --1-0.02(24)-75 cap, --1.5-0.03mg(21)-75</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nortrel</i>	1	
NUVARING	1	
<i>nylia</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>orsythia</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>pirmella</i>	1	
<i>portia</i>	1	
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
<i>previfem</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
SEASONIQUE	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri femynor</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-previfem</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
TYBLUME	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>volnea</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
YASMIN 28	1	
YAZ	1	
<i>zarah</i>	1	
<i>zovia 1-35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Progestins		
AYGESTIN	1	
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-PROVERA -150 MG/ML SYRINGE, - 150 MG/ML VIAL	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	
<i>emzahh</i>	1	
<i>errin</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>hydroxyprogesterone caproate 1.25 g/5ml</i>	1	
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	
<i>megestrol acetate 20 mg tablet, 40 mg tablet, acet 40 mg/ml susp, 400 mg/10 ml cup, 400 mg/10ml susp cup, acet 400 mg/10 ml</i>	1	
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone</i>	1	
<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>progesterone 100 mg capsule, 200 mg capsule</i>	1	
PROVERA	1	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tulana</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE	1	
EVISTA	1	
<i>raloxifene hcl</i>	1	
Hormonal Agents, Stimulant/ Replacement/ Modifying (Thyroid)		
CYTOMEL	1	
EUTHYROX	1	
LEVO-T	1	
<i>levothyroxine sodium 25 mcg tablet, 50 mcg tablet, 75 mcg tablet, 88 mcg tablet, 100 mcg tablet, 112 mcg tablet, 125 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet</i>	1	
LEVOXYL	1	
<i>liothyronine sodium 5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab</i>	1	
SYNTHROID	1	
TIROSINT	1	
TIROSINT-SOL	1	
UNITHROID	1	
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)		
KORLYM	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
LYSODREN	1	
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
<i>cabergoline</i>	1	
ELIGARD	1	PA
FIRMAGON	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>leuprolide acetate</i>	1	PA
<i>leuprolide depot</i>	1	PA
LUPRON DEPOT	1	PA
LUPRON DEPOT (LUPANETA)	1	PA
LUPRON DEPOT-PED	1	PA
<i>octreotide acetate</i>	1	PA
ORGOVYX	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
SANDOSTATIN LAR DEPOT	1	PA
SIGNIFOR	1	PA
SIGNIFOR LAR	1	PA
SOMATULINE DEPOT	1	PA
SOMAVERT	1	PA
SYNAREL	1	
TRELSTAR	1	PA

Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)

Antithyroid Agents

<i>methimazole</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	1	

Immunological Agents

Angioedema Agents

CINRYZE	1	PA, QL (20 PER 30 DAYS)
FIRAZYR	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 2,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (27 PER 30 DAYS)
HAEGARDA 3,000 UNIT VIAL	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>icatibant</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sajazir</i>	1	PA, QL (18 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Immunoglobulins		
ATGAM	1	Part D vs Part B
GAMMAGARD LIQUID	1	PA
GAMMAGARD S-D	1	PA
GAMMAPLEX	1	PA
GAMUNEX-C	1	PA
SYNAGIS	1	
THYMOGLOBULIN	1	Part D vs Part B
Immunological Agents, Other		
ARCALYST	1	PA
BENLYSTA 120 MG VIAL, 200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE, 400 MG VIAL	1	PA
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	1	PA
COSENTYX SENSOREADY PEN	1	PA
COSENTYX SYRINGE	1	PA
COSENTYX UNOREADY PEN	1	Biologic Immunomodulators PA - Cosentyx
DUPIXENT PEN	1	PA
DUPIXENT SYRINGE	1	PA
ILARIS	1	PA
KINERET	1	PA
NULOJIX	1	Part D vs Part B
ORENCIA	1	PA
ORENCIA CLICKJECT	1	PA
RIDAURA	1	
RINVOQ	1	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE, 600 MG/10 ML VIAL	1	PA
SKYRIZI ON-BODY	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SKYRIZI PEN	1	PA
STELARA	1	PA
TREMFYA	1	PA
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET	1	PA
XELJANZ XR	1	PA
XOLAIR	1	PA
Immunostimulants		
ACTIMMUNE	1	PA
BESREMI	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
INTRON A	1	
PEGASYS	1	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL	1	PA
AZASAN	1	PA
<i>azathioprine</i>	1	PA
<i>azathioprine sodium</i>	1	Part D vs Part B
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET	1	PA
CELLCEPT 500 MG VIAL	1	Part D vs Part B
<i>cyclosporine 25 mg capsule, 100 mg capsule</i>	1	PA
<i>cyclosporine 250 mg/5 ml ampul</i>	1	Part D vs Part B
<i>cyclosporine modified</i>	1	PA
CYLTEZO(CF)	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	1	PA
ENBREL	1	PA
ENBREL MINI	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ENBREL SURECLICK	1	PA
<i>everolimus 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet</i>	1	PA
<i>gengraf</i>	1	PA
HADLIMA	1	PA
HADLIMA PUSHTOUCH	1	PA
HADLIMA(CF)	1	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	1	PA
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	1	PA
HUMIRA PEN	1	PA
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	1	PA
HUMIRA(CF)	1	PA
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	1	PA
HUMIRA(CF) PEN	1	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	1	PA
IMURAN	1	PA
<i>leflunomide</i>	1	
<i>methotrexate</i>	1	
<i>methotrexate sodium</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet</i>	1	PA
<i>mycophenolate mofetil 500 mg vial</i>	1	Part D vs Part B
<i>mycophenolic acid</i>	1	PA
MYFORTIC 180 MG TABLET	1	PA
MYHIBBIN	1	Part D vs Part B
NEORAL	1	PA
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROGRAF 5 MG/ML AMPULE	1	Part D vs Part B
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	1	PA
RENFLXIS	1	PA
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 100 MG/ML SOLN	1	PA
SANDIMMUNE 50 MG/ML AMPUL	1	Part D vs Part B
SIMULECT	1	Part D vs Part B
<i>sirolimus</i>	1	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir)</i>	1	PA
XATMEP	1	PA
ZORTRESS	1	PA
Vaccines		
ABRYSVO	1	
ACTHIB	1	
ADACEL TDAP	1	
AREXVY	1	
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX TDAP	1	
DAPTACEL DTAP	1	
DENGVAXIA	1	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	1	
ENGERIX-B ADULT	1	PA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	1	PA
GARDASIL 9	1	
HAVRIX	1	
HEPLISAV-B -20 MCG/0.5 ML SYRNG	1	PA
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES VACCINE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INFANRIX DTAP	1	
IPOL	1	
IXCHIQ	1	
IXIARO	1	
JYNNEOS	1	PA
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	1	PA
KINRIX	1	
M-M-R II VACCINE	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	1	
MRESVIA	1	
PEDIARIX	1	
PEDVAXHIB	1	
PENBRAYA	1	
PENTACEL	1	
PREHEVBRIO	1	PA
PRIORIX	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL DTAP-IPV	1	
RABAVERT	1	PA
RECOMBIVAX HB	1	PA
ROTARIX	1	
ROTATEQ	1	
SHINGRIX	1	QL (2 PER 999 OVER TIME)
STAMARIL	1	
TDVAX	1	PA
TENIVAC	1	PA
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TWINRIX	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA	1	
VARIVAX VACCINE	1	
YF-VAX	1	

Inflammatory Bowel Disease Agents

Aminosalicylates

APRISO	1	QL (120 PER 30 DAYS)
ASACOL HD	1	QL (180 PER 30 DAYS)
AZULFIDINE	1	
<i>balsalazide disodium</i>	1	
CANASA	1	
COLAZAL	1	
DELZICOL	1	QL (180 PER 30 DAYS)
DIPENTUM	1	
LIALDA	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema, 4 gm/60 ml kit, 1,000 mg supp</i>	1	
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gram cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
PENTASA 250 MG CAPSULE	1	QL (480 PER 30 DAYS)
PENTASA 500 MG CAPSULE	1	QL (240 PER 30 DAYS)
ROWASA 4 GM/60 ML ENEMA KIT	1	
SFROWASA	1	
<i>sulfasalazine</i>	1	
<i>sulfasalazine dr</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Glucocorticoids		
<i>budesonide dr</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide ec</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>hydrocortisone 100 mg/60 ml</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>procto-med hc</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>procto-pak</i>	1	
<i>proctosol-hc</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
<i>proctozone-hc</i>	1	QL (454 PER 30 DAYS)
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ATELVIA	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>calcitonin-salmon</i>	1	
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml ampul, 1 mcg/ml solution, 1 mcg/ml vial</i>	1	
<i>cinacalcet hcl</i>	1	PA
FORTEO	1	PA
FOSAMAX	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>ibandronate sodium 3 mg/3 ml syringe, 3 mg/3 ml vial</i>	1	
MIACALCIN	1	
NATPARA	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>paricalcitol</i>	1	
PROLIA	1	PA
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>risedronate sodium 5 mg tablet, 30 mg tab</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>risedronate sodium dr</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
ROCALTROL	1	
SENSIPAR	1	PA
<i>teriparatide teriparatide 620 mcg/2.48 ml, teriparatide 600 mcg/2.4ml pen</i>	1	PA
TYMLOS	1	PA
XGEVA	1	PA
ZEMPLAR 2 MCG/ML VIAL, 5 MCG/ML VIAL, 10 MCG/2 ML VIAL	1	
<i>zoledronic acid 4 mg/5 ml vial, 5 mg/100 ml</i>	1	

Ophthalmic Agents

Ophthalmic Agents, Other

<i>atropine sulfate 1% eye drops</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	1	
COMBIGAN	1	
COSOPT	1	
CYSTADROPS	1	PA
CYSTARAN	1	PA
<i>dorzolamide-timolol -eye drops</i>	1	
MAXITROL EYE OINTMENT	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	1	
RESTASIS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
RESTASIS MULTIDOSE	1	QL (11 PER 30 DAYS)
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	
TOBRADEX	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	
Ophthalmic Anti-Infectives		
<i>ak-poly-bac</i>	1	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin</i>	1	
BESIVANCE	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3% eye drop</i>	1	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	1	
<i>gentamicin sulfate 0.3% eye drop</i>	1	
LACRISERT	1	
MOXEZA	1	
<i>moxifloxacin 0.5% drops, 0.5% drp-visc</i>	1	
NATACYN	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	
OCUFLOX	1	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium 10% drops, 10% ointment</i>	1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	1	
<i>trifluridine</i>	1	
VIGAMOX	1	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	1	
<i>cromolyn sodium 4% eye drops</i>	1	
<i>epinastine hcl</i>	1	
<i>olopatadine hcl 0.1% drops, 0.2% drop</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Ophthalmic Anti-inflammatories		
ACULAR	1	
ACULAR LS	1	
<i>bromfenac sodium 0.07%, 0.09%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1% eye drop</i>	1	
<i>diclofenac sodium 0.1% eye drops</i>	1	
<i>difluprednate</i>	1	
DUREZOL	1	
EYSUVIS	1	PA
<i>fluorometholone</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
FML	1	
ILEVRO	1	
INVELTYS	1	
<i>ketorolac tromethamine 0.4%, 0.5%</i>	1	
PRED FORTE	1	
PRED MILD	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 1% eye drop</i>	1	
PROLENSA	1	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	1	
BETOPTIC S	1	
<i>carteolol hcl</i>	1	
ISTALOL	1	
<i>levobunolol hcl</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>timolol maleate 0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drop, maleate 0.5% eye drops</i>	1	
TIMOPTIC	1	
TIMOPTIC OCUDOSE	1	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
ALPHAGAN P	1	
AZOPT	1	
<i>brimonidine tartrate tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide hcl</i>	1	
<i>pilocarpine hcl 1% drops, 2% drops, 4% drops</i>	1	
RHOPRESSA	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
ROCKLATAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
SIMBRINZA	1	
Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid Analogs		
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
LUMIGAN	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
TRAVATAN Z	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
<i>travoprost</i>	1	QL (15 PER 75 OVER TIME)
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	1	
CIPRODEX	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc --ear susp</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hydrocort</i>	1	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	1	

Respiratory Tract/ Pulmonary Agents

Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids

ARNUITY ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX	1	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA	1	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml inh</i>	1	PA
<i>flunisolide</i>	1	QL (75 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg spray</i>	1	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 110 mcg</i>	1	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 220 mcg</i>	1	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate hfa 44 mcg</i>	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)
QVAR REDHALER 40 MCG	1	QL (10.6 PER 30 DAYS)
QVAR REDHALER 80 MCG	1	QL (21.2 PER 30 DAYS)
XHANCE	1	QL (32 PER 30 DAYS)

Antihistamines

<i>azelastine hcl 0.1% (137 mcg) spry, 0.15% nasal spray</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clemastine fumarate 2.68 mg tab</i>	1	PA
<i>cyproheptadine hcl</i>	1	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl 50 mg/ml crpjt, 50 mg/ml syrng, 50 mg/ml vial</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tablet</i>	1	
<i>olopatadine hcl 665 mcg nasal spry</i>	1	QL (30.5 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
Antileukotrienes		
ACCOLATE	1	
<i>montelukast sodium</i>	1	
SINGULAIR	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02% soln</i>	1	PA
<i>ipratropium bromide 0.03% spray</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06% spray</i>	1	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa)</i>	1	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa)</i>	1	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2.5 mg/0.5 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln</i>	1	PA
<i>albuterol sulfate sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab</i>	1	
<i>epinephrine 0.15 mg -inject, 0.3 mg -inject</i>	1	
PROAIR HFA	1	QL (36 PER 30 DAYS)
PROAIR RESPICLICK	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	
VENTOLIN HFA	1	QL (36 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XOPENEX HFA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Cystic Fibrosis Agents		
KALYDECO	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ORKAMBI 75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME	1	PA
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	1	PA
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT	1	Trikafta PA, QL (60 PER 30 DAYS)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2 ml neb soln</i>	1	PA
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>caffeine citrate 60 mg/3 ml oral</i>	1	
DALIRESP	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>roflumilast</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
THEO-24	1	
<i>theophylline anhydrous er 300 mg tab, er 450 mg tab</i>	1	
<i>theophylline er er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet</i>	1	
Pulmonary Antihypertensives		
ADCIRCA	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ADEMPAS	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alyq</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LETAIRIS	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPSUMIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
REMODULIN	1	Part D vs Part B
<i>sildenafil citrate 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TRACLEER 62.5 MG TABLET, 125 MG TABLET	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>treprostinil</i>	1	Part D vs Part B
VENTAVIS	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
Pulmonary Fibrosis Agents		
ESBRIET 267 MG CAPSULE, 267 MG TABLET	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
ESBRIET 801 MG TABLET	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
OFEV	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 267 mg capsule, 267 mg tablet</i>	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tablet</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine 10% vial, 20% vial</i>	1	PA
ADVAIR HFA	1	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyna</i>	1	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	1	QL (10.3 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 PER 30 DAYS)
DULERA	1	QL (13 PER 30 DAYS)
FASENRA 10 MG/0.5 ML SYRINGE	1	Fasenra PA
FASENRA 30 MG/ML SYRINGE	1	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FASENRA PEN	1	PA
<i>fluticasone-salmeterol -100-50, -250-50, -500-50</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol -55-14, -113-14, -232-14</i>	1	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	PA
LAGEVRIO (COMMERCIAL)	1	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LAGEVRIO (USG DIST.)	1	
ORALAIR 300 IR ADULT SAMPLE KT, 300 IR STARTER PACK, 300 IR SUBLINGUAL TAB	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	1	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ribavirin 6 gm inhalation vial</i>	1	
STIOLTO RESPIMAT	1	QL (4 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Skeletal Muscle Relaxants

<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	
<i>methocarbamol 500 mg tablet, 750 mg tablet</i>	1	

Sleep Disorder Agents

Sleep Promoting Agents

BELSOMRA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
DAYVIGO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>doxepin hcl 3 mg tablet, 6 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ROZEREM	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SILENOR	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tasimelton</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 15 mg capsule, 30 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tablet, 10 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Wakefulness Promoting Agents

<i>armodafinil</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
LUMRYZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>modafinil</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
NUVIGIL	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate</i>	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en las páginas 9

A

abacavir	56	AFINITOR	40
abacavir-lamivudine	56	AFINITOR DISPERZ	40
ABILIFY	51	afirmelle	99
ABILIFY ASIMTUFI	51	AGRYLIN	68
ABILIFY MAINTENA	51	AIMOVIG AUTOINJECTOR	32,33
abiraterone acetate	35	ak-poly-bac	116
ABRAXANE	37	AKEEGA	40
ABRYSVO	111	ALA-CORT	84
acamprosate calcium	15	ala-cort	84
acarbose	62	albendazole	48
ACCOLATE	120	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic ProAir HFA)	120
ACCUPRIL	71	ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER (generic Proventil HFA)	120
ACCURETIC	74	albuterol sulfate	120
accutane	83	alclometasone dipropionate	84
acebutolol hcl	72	ALDACTAZIDE	75
acetaminophen-codeine	12	ALDACTONE	77
acetazolamide	75	ALDURAZYME	94
acetazolamide er	75	ALECENSA	40
acetic acid	118	alendronate sodium	114
acetylcysteine	122	alfuzosin hcl er	96
acitretin	83	ALIMTA	37
ACTHAR	96	ALIQOPA	40
ACTHAR SELFJECT	96	aliskiren	75
ACTHIB	111	allopurinol	32
ACTIMMUNE	109	allopurinol sodium	32
ACTOS	62	ALOPRIM	32
ACULAR	117	alosectron hcl	91
ACULAR LS	117	ALPHAGAN P	118
acyclovir	60	alprazolam	60,61
acyclovir sodium	60	ALTACE	71
ADACEL TDAP	111	altavera	99
ADCETRIS	46	ALUNBRIG	40
ADCIRCA	121	alyacen	99
ADDERALL XR	80	ALYMSYS	46
adefovir dipivoxil	59	alyq	121
ADEMPAS	121	amabelz	99
ADLARITY	26	amantadine	49
adriamycin	37	AMBISOME	31
ADVAIR HFA	122	ambrisentan	121

amethia	99	ARICEPT	26
amethyst	99	ARIMIDEX	40
amikacin sulfate	16	aripiprazole	51
amiloride hcl	77	aripiprazole odt	51
amiloride-hydrochlorothiazide	75	ARISTADA	51
amiodarone hcl	72	ARISTADA INITIO	51
amitriptyline hcl	30	armodafinil	124
amlodipine besylate	73	ARNUITY ELLIPTA	119
amlodipine besylate-benazepril	75	AROMASIN	40
amlodipine-atorvastatin	75	ARRANON	37
amlodipine-olmesartan	75	arsenic trioxide	37
amlodipine-valsartan	75	ARTHROTEC 50	10
amlodipine-valsartan-hctz	75	ARTHROTEC 75	10
ammonium lactate	84	ARZERRA	46
amnesteem	83	ASACOL HD	113
amoxapine	30	asenapine maleate	51
amoxicillin	19	ashlyna	99
amoxicillin-clavulanate pot er	19	ASMANEX	119
amoxicillin-clavulanate potass	19	ASMANEX HFA	119
amphotericin b	31	ASPARLAS	37
amphotericin b liposome	31	aspirin-dipyridamole er	69
ampicillin sodium	19	ASTAGRAF XL	109
ampicillin trihydrate	19	ATACAND	70
ampicillin-sulbactam	19	ATACAND HCT	75
AMPYRA	82	atazanavir sulfate	58
anagrelide hcl	68	ATELVIA	114
anastrozole	40	atenolol	72
ANDROGEL	98	atenolol-chlorthalidone	75
ANORO ELLIPTA	122	ATGAM	108
APOKYN	50	atomoxetine hcl	81
apomorphine hcl	50	atorvastatin calcium	78
aprepitant	31	atovaquone	49
apri	99	atovaquone-proguanil hcl	49
APRISO	113	atropine sulfate	115
APTIOM	25	ATROVENT HFA	120
APTIVUS	58	aubra	99
aqua care sodium chloride	88	aubra eq	99
aranelle	99	AUGMENTIN	19
ARANESP	69	AUGTYRO	40
ARCALYST	108	aurovela	99
AREXVY	111	aurovela 24 fe	99

aurovela fe	99	BALVERSA	41
AURYXIA	90	balziva	100
AUSTEDO	82	BANZEL	25
AUSTEDO XR	82	BAQSIMI	65
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	82	BARACLUDE	59
AUVELITY	26	BAVENCIO	46
AVALIDE	75	BCG VACCINE (TICE STRAIN)	111
AVAPRO	70	BELBUCA	12
AVASTIN	46	BELEODAQ	41
aviane	99	BELSOMRA	123
avidoxy	21	benazepril hcl	71
AVITA	83	benazepril-hydrochlorothiazide	75
AVODART	96	bendamustine hcl	37
AVONEX	82	BENDEKA	37
AVONEX PEN	82	BENICAR	70
AYGESTIN	105	BENICAR HCT	75
ayuna	99	BENLYSTA	108
AYVAKIT	41	BENZAMYCIN	84
azacitidine	37	benznidazole	48
AZACTAM	16	benztropine mesylate	49
AZASAN	109	BESIVANCE	116
azathioprine	109	BESPONSA	46
azathioprine sodium	109	BESREMI	109
azelaic acid	84	betaine anhydrous	94
azelastine hcl	116,119	betamethasone diprop augmented	84
AZELEX	84	betamethasone dipropionate	85
AZILECT	50	betamethasone valerate	85
azithromycin	20	BETASERON	82
AZOPT	118	betaxolol hcl	72,117
AZOR	75	bethanechol chloride	96
aztreonam	16	BETOPTIC S	117
AZULFIDINE	113	bexarotene	48
azurette	100	BEXSERO	111
B		bicalutamide	35
bacitracin	116	BICILLIN L-A	19
bacitracin-polymyxin	116	BICNU	37
baclofen	55	BIKTARVY	55
BACTRIM	21	BILTRICIDE	48
BACTRIM DS	21	bimatoprost	118
balsalazide disodium	113	bismuth-metronidazole-tetracyc	92
		bisoprolol fumarate	72

bisoprolol-hydrochlorothiazide	75	butalbital-aspirin-caffeine	10
BLENREP	46	butorphanol tartrate	12,13
bleomycin sulfate	37	BUTRANS	12
BLINCYTO	37	BYDUREON BCISE	62
blisovi 24 fe	100	BYETTA	62
blisovi fe	100	BYSTOLIC	72
BOOSTRIX TDAP	111		
bortezomib	41	C	
bosentan	121	CABENUVA	55
BOSULIF	41	cabergoline	106
BRAFTOVI	41	CABLIVI	69
BREO ELLIPTA	122	CABOMETYX	41
breyna	122	caffeine citrate	121
BREZTRI AEROSPHERE	122	calcipotriene	86
briellyn	100	calcitonin-salmon	114
BRILINTA	69	calcitrene	86
brimonidine tartrate	118	calcitriol	114
brimonidine tartrate-timolol	115	calcium acetate	90
brinzolamide	118	CALQUENCE	41
BRIVIACT	22	camila	105
bromfenac sodium	117	camrese	100
bromocriptine mesylate	50	camrese lo	100
BRUKINSA	41	CANASA	113
budesonide	119	CANCIDAS	31
budesonide dr	114	candesartan cilexetil	70
budesonide ec	114	candesartan-hydrochlorothiazid	75
budesonide er	114	CAPLYTA	51
budesonide-formoterol fumarate	122	CAPRELSA	41
bumetanide	77	captopril	71
BUPHENYL	94	CARAFATE	93
buprenorphine	12	CARBAGLU	88
buprenorphine hcl	15	carbamazepine	25
buprenorphine-naloxone	15	carbamazepine er	25
bupropion hcl	26	CARBATROL	25
bupropion hcl sr	15,26	carbidopa	50
bupropion hcl sr 150mg tablet	26	carbidopa-levodopa	50
bupropion xl	26	carbidopa-levodopa er	50
buspirone hcl	61	carbidopa-levodopa-entacapone	49
busulfan	34	carboplatin	37
butalbital-acetaminophen	10	CARDIZEM	74
butalbital-acetaminophen-caffe	10	CARDIZEM CD	74

CARDIZEM LA	74	CHENODAL	92
CARDURA	70	chloramphenicol sod succinate	16
carglumic acid	88	chlorhexidine gluconate	83
carmustine	37	chloroquine phosphate	49
CARNITOR	94	chlorpromazine hcl	30
CARNITOR SF	94	chlorthalidone	77
carteolol hcl	117	cholestyramine	79
cartia xt	74	cholestyramine light	79
carvedilol	72	CHORIONIC GONADOTROPIN	97
carvedilol er	73	ciclodan	31
CASODEX	35	ciclopirox	31
casprofungin acetate	31	cidofovir	59
cataflam	10	cilostazol	69
cefaclor	18	CIMDUO	56
cefadroxil	18	cimetidine	93
cefazolin sodium	18	cinacalcet hcl	114
cefazolin sodium-dextrose	18	CINRYZE	107
cefdinir	18	CIPRO	21
cefepime	18	CIPRODEX	118
cefepime hcl	18	ciprofloxacin	21
cefepime-dextrose	18	ciprofloxacin hcl	21,116
cefixime	18	ciprofloxacin-d5w	21
cefoxitin	18	ciprofloxacin-dexamethasone	118
cefoxitin sodium	18	cisplatin	37
cefpodoxime proxetil	19	citalopram hbr	27
cefprozil	19	cladribine	37
ceftazidime	19	claravis	84
ceftriaxone	19	clarithromycin	20
cefuroxime	19	clarithromycin er	20
cefuroxime sodium	19	clemastine fumarate	119
CELEBREX	10	CLEOCIN	16
celecoxib	10	CLEOCIN HCL	16
CELEXA	27	CLEOCIN PHOSPHATE	16
CELLCEPT	109	CLEOCIN T	16
CELONTIN	23	clindacin etz	16
cephalexin	19	clindacin p	16
CEREZYME	94	clindamycin (pediatric)	16
cevimeline hcl	83	clindamycin hcl	16
chateal	100	clindamycin phosphate	17
chateal eq	100	clindamycin phosphate-d5w	17
CHEMET	89	clindamycin-0.9% nacl	17

clindamycin-benzoyl peroxide	84	COSELA	48
clobazam	24	COSENTYX (2 SYRINGES)	108
clobetasol emollient	85	COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)	108
clobetasol propionate	85	COSENTYX SENSOREADY PEN	108
clodan	85	COSENTYX SYRINGE	108
clofarabine	37	COSENTYX UNOREADY PEN	108
CLOLAR	37	COSMEGEN	37
clomipramine hcl	30	COSOPT	115
clonazepam	61	COTELLIC	41
clonidine	70	COZAAR	71
clonidine hcl	70	CREON	94
clonidine hcl er	81	CRESEMBA	31
clopidogrel	69	CRESTOR	78
clorazepate dipotassium	61	cromolyn sodium	94,116,121
clotrimazole	31	cryselle	100
clotrimazole-betamethasone	86	CRYSVITA	94
clozapine	54	CUBICIN	17
clozapine odt	54,55	CUBICIN RF	17
CLOZARIL	55	cyclobenzaprine hcl	123
COARTEM	49	cyclophosphamide	34
codeine sulfate	13	CYCLOPHOSPHAMIDE	35
COLAZAL	113	cycloserine	34
colchicine	32	CYCLOSET	62
COLCRYS	32	cyclosporine	109
COLESTID	79	cyclosporine modified	109
colestipol hcl	79	CYKLOKAPRON	69
colistimethate	17	CYLTEZO(CF)	109
COMBIGAN	115	CYLTEZO(CF) PEN	109
COMBIPATCH	100	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	109
COMBIVENT RESPIMAT	122	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	109
COMETRIQ	41	CYMBALTA	28
COMPLERA	56	cyproheptadine hcl	119
compro	30	CYRAMZA	41
COMTAN	49	cyred	100
constulose	91	cyred eq	100
COPAXONE	82	CYSTADANE	94
COPIKTRA	41	CYSTADROPS	115
COREG CR	73	CYSTAGON	94
CORGARD	73	CYSTARAN	115
CORLANOR	75	cytarabine	37
CORTEF	97	CYTOMEL	106

CYTOTEC	93	DEPO-ESTRADIOL	98
D		DEPO-PROVERA	105
dabigatran etexilate	67	DEPO-SUBQ PROVERA 104	105
dacarbazine	37	DEPO-TESTOSTERONE	98
dactinomycin	38	dermacinrx lidocan	14
dalfampridine er	82	DESCOVY	56
DALIRESP	121	desipramine hcl	30
DALVANCE	17	desloratadine	119
danazol	98	desmopressin acetate	97
DANTRIUM	55	desogestr-eth estrad eth estra	100
dantrolene sodium	55	desogestrel-ethinyl estradiol	100
DANYELZA	46	desonide	85
dapsone	34	desoximetasone	85
DAPTACEL DTAP	111	desvenlafaxine succinate er	28
daptomycin	17	DETROL	95
DARAPRIM	49	DETROL LA	95
darifenacin er	95	dexamethasone	97
darunavir	58	dexamethasone sodium phosphate	97,117
DARZALEX	46	DEXEDRINE	80
DARZALEX FASPRO	46	dexmethylphenidate hcl	81
dasetta	100	dexrazoxane	48
daunorubicin hcl	38	dextroamphetamine sulfate	80
DAURISMO	41	dextroamphetamine sulfate er	80
DAYPRO	10	dextroamphetamine-amphet er	80
daysee	100	dextroamphetamine-amphetamine	80,81
DAYVIGO	123	dextrose 2.5%-0.45% nacl	88
DDAVP	97	dextrose 5%-0.2% nacl	88
deblitane	105	dextrose 5%-0.225% nacl	88
decadron	97	dextrose 5%-0.3% nacl	88
decitabine	38	dextrose 5%-0.33% nacl	88
deferasirox	89	dextrose 5%-0.45% nacl	88
DELSTRIGO	56	dextrose 5%-0.9% nacl	88
DELZICOL	113	dextrose in lactated ringers	88
demeclocycline hcl	21	dextrose in water	90
DEMSEER	75	DIACOMIT	22
DENGVAXIA	111	diazepam	24,61
DEPAKOTE	22	diazoxide	65
DEPAKOTE ER	22	diclofenac potassium	10
DEPAKOTE SPRINKLE	22	diclofenac sodium	10,86,117
DEPEN	96	diclofenac sodium er	10
		diclofenac sodium-misoprostol	10

dicloxacillin sodium	19	doxepin hcl	30,85,123
dicyclomine hcl	92	doxorubicin hcl	38
DIFICID	20	doxorubicin hcl liposome	38
DIFLUCAN	31	doxy 100	21
difluprednate	117	doxycycline hyclate	21
digitek	75	doxycycline ir-dr	84
digox	75	doxycycline monohydrate	22
digoxin	75	dronabinol	31
dihydroergotamine mesylate	33	drosiprenone-eth estra-levomef	100
DILANTIN	25	drosiprenone-ethinyl estradiol	100
DILANTIN-125	25	droxidopa	70
dilt-xr	74	DUAVEE	106
diltiazem 12hr er	74	DULERA	122
diltiazem 24hr er	74	duloxetine hcl	28
diltiazem 24hr er (cd)	74	DUPIXENT PEN	108
diltiazem 24hr er (la)	74	DUPIXENT SYRINGE	108
diltiazem 24hr er (xr)	74	DURAMORPH	13
diltiazem hcl	74	DUREZOL	117
dimethyl fumarate	82	dutasteride	96
DIOVAN	71	dutasteride-tamsulosin	96
DIOVAN HCT	75		
DIPENTUM	113	E	
diphenhydramine hcl	119	E.E.S. 200	20
diphenoxylate-atropine	91	ec-naproxen	11
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	111	econazole nitrate	31
DIPROLENE	85	EDARBI	71
dipyridamole	69	EDARBYCLOR	75
disulfiram	15	EDURANT	56
divalproex sodium	22	efavirenz	56
divalproex sodium er	22	efavirenz-emtric-tenofov disop	56
DIVIGEL	98	efavirenz-lamivu-tenofov disop	56
docetaxel	38	EFFEXOR XR	28
dofetilide	72	EFUDEX	86
dolishale	100	ELAPRASE	94
donepezil hcl	26	ELELYSO	94
donepezil hcl odt	26	ELIDEL	85
dorzolamide hcl	118	ELIGARD	106
dorzolamide-timolol	115	elinest	100
dotti	98	ELIQUIS	67
DOVATO	55	ELITEK	48
doxazosin mesylate	70	eluryng	100

EMCYT.....	36	eribulin mesylate.....	38
EMEND.....	31	ERIVEDGE.....	41
EMGALITY PEN.....	33	ERLEADA.....	35
EMGALITY SYRINGE.....	33	erlotinib hcl.....	41
emoquette.....	100	errin.....	105
EMPLICITI.....	46	ertapenem.....	20
EMSAM.....	27	ery.....	20
emtricitabine.....	56	ERY-TAB.....	20
emtricitabine-tenofovir disop.....	56	ERYPED 200.....	20
EMTRIVA.....	56,57	ERYPED 400.....	20
emzahh.....	105	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	20
enalapril maleate.....	71	ERYTHROCIN STEARATE.....	20
enalapril-hydrochlorothiazide.....	75	erythromycin.....	20,116
ENBREL.....	109	erythromycin ethylsuccinate.....	21
ENBREL MINI.....	109	erythromycin lactobionate.....	21
ENBREL SURECLICK.....	110	erythromycin-benzoyl peroxide.....	84
ENDARI.....	94	ESBRIET.....	122
endocet.....	13	escitalopram oxalate.....	28
ENGERIX-B ADULT.....	111	ESGIC.....	10
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	111	esomeprazole magnesium.....	93
ENHERTU.....	46	esomeprazole sodium.....	93
enilloring.....	104	estarylla.....	100
enoxaparin sodium.....	67,68	ESTRACE.....	98
enpresse.....	100	estradiol.....	99
enskyce.....	100	estradiol (once weekly).....	98
entacapone.....	49	estradiol (twice weekly).....	98
entecavir.....	59	estradiol valerate.....	99
ENTRESTO.....	75,76	estradiol-norethindrone acetat.....	100
ENTRESTO SPRINKLE.....	76	ESTRING.....	99
enulose.....	91	ethambutol hcl.....	34
EPCLUSA.....	59	ethosuximide.....	23
EPIDIOLEX.....	22	ethynodiol-ethinyl estradiol.....	100
epinastine hcl.....	116	etodolac.....	11
epinephrine.....	120	etodolac er.....	11
epitol.....	25	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	100
EPIVIR.....	57	ETOPOPHOS.....	40
eplerenone.....	77	etoposide.....	40
EPRONTIA.....	22	etravirine.....	56
EPZICOM.....	57	EULEXIN.....	35
ERBITUX.....	46	EUTHYROX.....	106
ergotamine-caffeine.....	33	everolimus.....	41,42,110

EVISTA.....	106	FIRAZYR.....	107
EVOMELA.....	35	FIRMAGON.....	106
EVOTAZ.....	58	flac otic oil.....	118
EXELON.....	26	FLAGYL.....	17
exemestane.....	40	flecainide acetate.....	72
EXFORGE.....	76	FLOMAX.....	96
EXFORGE HCT.....	76	fluconazole.....	31
EXJADE.....	89	fluconazole-nacl.....	31
EXKIVITY.....	42	flucytosine.....	31
EXTENCILLINE.....	19	fludarabine phosphate.....	38
EYSUVIS.....	117	fludrocortisone acetate.....	97
ezetimibe.....	79	flunisolide.....	119
ezetimibe-simvastatin.....	79	fluocinolone acetonide.....	85
F		fluocinolone acetonide oil.....	118
FABRAZYME.....	94	fluocinonide.....	85
falmina.....	100	fluocinonide-e.....	85
famciclovir.....	60	fluorometholone.....	117
famotidine.....	93	fluorouracil.....	36,86
FANAPT.....	51	fluoxetine dr.....	28
FARESTON.....	36	fluoxetine hcl.....	28
FARXIGA.....	62	fluphenazine decanoate.....	50
FARYDAK.....	42	fluphenazine hcl.....	50
FASENRA.....	122	flurbiprofen.....	11
FASENRA PEN.....	123	flurbiprofen sodium.....	117
FASLODEX.....	36	fluticasone propionate.....	85,119
felbamate.....	22	fluticasone propionate hfa.....	119
FELDENE.....	11	fluticasone-salmeterol.....	123
felodipine er.....	73	fluvastatin sodium.....	78
FEMARA.....	40	fluvoxamine maleate.....	28
femynor.....	101	FML.....	117
fenofibrate.....	78	FOCALIN.....	81
fenofibric acid.....	78	FOLOTYN.....	36
fentanyl.....	12	fomepizole.....	90
fentanyl citrate.....	13	fondaparinux sodium.....	68
fesoterodine fumarate er.....	95	FORTEO.....	114
FETZIMA.....	28	FOSAMAX.....	114
FINACEA.....	84	fosamprenavir calcium.....	58
finasteride.....	96	fosaprepitant dimeglumine.....	31
fingolimod.....	82	fosinopril sodium.....	71
FINTEPLA.....	22	fosinopril-hydrochlorothiazide.....	76
		fosphenytoin sodium.....	25

FOSRENOL	90
FOTIVDA	42
FRUZAQLA	42
FULPHILA	69
fulvestrant	36
furosemide	77
FUZEON	57
FYCOMPA	22

G

gabapentin	24
GABITRIL	24
galantamine er	26
galantamine hbr	26
galantamine hydrobromide	26
GAMMAGARD LIQUID	108
GAMMAGARD S-D	108
GAMMAPLEX	108
GAMUNEX-C	108
ganciclovir sodium	59
GARDASIL 9	111
GATTEX	92
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2	62
gavilyte-c	92
gavilyte-g	92
gavilyte-n	92
GAVRETO	42
GAZYVA	46
gefitinib	42
gemcitabine hcl	38
gemfibrozil	78
gemmily	101
GEMTESA	95
generlac	91
gengraf	110
gentamicin sulfate	16,87,116
gentamicin sulfate in ns	16
GENVOYA	55
GEODON	52
GILENYA	82
GILOTRIF	42
glatiramer acetate	82
glatopa	82,83
GLEEVEC	42
GLEOSTINE	35
glimepiride	62
glipizide	62
glipizide er	62
glipizide xl	62
glipizide-metformin	62
GLUCAGEN	65
glucagon emergency kit	65
glucose in water	90
GLUCOTROL XL	62,63
glyburide	63
glyburide micronized	63
glyburide-metformin hcl	63
glycopyrrolate	92
glydo	14
GLYXAMBI	63
GOLYTELY	92
granisetron hcl	31
GRANIX	69
griseofulvin	32
griseofulvin ultramicrosize	32
guanfacine hcl	70
guanfacine hcl er	81
GVOKE	65
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	65
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	65
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	65
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	65

H

HADLIMA	110
HADLIMA PUSHTOUCH	110
HADLIMA(CF)	110
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	110
HAEGARDA	107
hailey	101
hailey 24 fe	101
hailey fe	101

imatinib mesylate.....	42	INVELTYS.....	117
IMBRUVICA.....	42	IPOL.....	112
IMFINZI.....	47	ipratropium bromide.....	120
imipenem-cilastatin sodium.....	20	ipratropium-albuterol.....	123
imipramine hcl.....	30	irbesartan.....	71
imiquimod.....	86	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	76
IMITREX.....	33	IRESSA.....	42
IMLYGIC.....	38	irinotecan hcl.....	40
IMOVAX RABIES VACCINE.....	111	ISENTRESS.....	55
IMPAVIDO.....	17	ISENTRESS HD.....	55
IMURAN.....	110	isibloom.....	101
INBRIJA.....	50	isoniazid.....	34
incassia.....	105	ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML MEDICATED PAD.....	63
INCRELEX.....	98	ISORDIL TITRADOSE.....	80
INCRUSE ELLIPTA.....	120	isosorbide dinitrate.....	80
indapamide.....	77	isosorbide mononitrate.....	80
INDERAL LA.....	73	isosorbide mononitrate er.....	80
INDERAL XL.....	73	isotretinoin.....	84
indomethacin.....	11	isradipine.....	73
INFANRIX DTAP.....	112	ISTALOL.....	117
INLYTA.....	42	ISTODAX.....	38
INNOPRAN XL.....	73	itraconazole.....	32
inpen (for humalog).....	66	ivabradine hcl.....	76
inpen (for novolog or fiasp).....	66	ivermectin.....	48,87
INQOVI.....	38	IWILFIN.....	40
INREBIC.....	42	IXCHIQ.....	112
INSPRA.....	77	IXEMPRA.....	38
INSULIN PEN NEEDLE.....	66	IXIARO.....	112
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML.....	66	J	
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML.....	66	JADENU.....	89
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML.....	66	JADENU SPRINKLE.....	90
insulin syringe u-500.....	66	jaimiess.....	101
INTELENCE.....	56	JAKAFI.....	42
INTRALIPID.....	90	jantoven.....	68
INTRON A.....	109	JANUMET.....	63
introvale.....	101	JANUMET XR.....	63
INVANZ.....	20	JANUVIA.....	63
INVEGA.....	52	JARDIANCE.....	63
INVEGA HAFYERA.....	52	jasmiel.....	101
INVEGA SUSTENNA.....	52		
INVEGA TRINZA.....	52		

javygtor	94
JAYPIRCA	42
JEMPERLI	47
jencycla	105
JENTADUETO	63
JENTADUETO XR	63
JEVTANA	42
jolessa	101
juleber	101
JULUCA	55
junel	101
junel fe	101
junel fe 24	101
JUXTAPID	79
JYNNEOS	112
JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE)	112

K

KADCYLA	47
kaitlib fe	101
KALETRA	58
kalliga	101
KALYDECO	121
KANJINTI	47
kariva	101
kcl-d5w-0.2% nacl	88
kcl-d5w-0.225% nacl	88
kcl-d5w-0.45% nacl	88
kelnor 1-35	101
kelnor 1-50	101
kemoplat	38
KEPIVANCE	83
KEPPRA	22
KERENDIA	77
KESIMPTA PEN	83
ketoconazole	32
ketorolac tromethamine	117
KEYTRUDA	47
KINERET	108
KINRIX	112
kionex	91

KISQALI	42,43
KISQALI FEMARA CO-PACK	38
KLARON	84
klayesta	32
KLOR-CON 10	88
KLOR-CON 8	88
klor-con m10	88
KLOR-CON M15	88
klor-con m20	88
KLOXXADO	15
KOMBIGLYZE XR	63
KORLYM	106
KOSELUGO	43
kourzeq	83
KRAZATI	43
kurvelo	101
KUVAN	94
KYPROLIS	43

L

l-glutamine	94
labetalol hcl	73
lacosamide	25
LACRISERT	116
lactated ringers	88
lactulose	91
LAGEVRIO (COMMERCIAL)	123
LAGEVRIO (USG Dist.)	123
LAMICTAL	22
LAMICTAL (BLUE)	22
lamivudine	57,59
lamivudine hbv	59
lamivudine-zidovudine	57
lamotrigine	22
lamotrigine (blue)	22
lamotrigine er	23
LANOXIN	76
lansoprazole	93
lanthanum carbonate	90
LANTUS	66
LANTUS SOLOSTAR	66

lapatinib	43	LIALDA	113
larin	101	LIBERVANT	24
larin 24 fe	101	LIBTAYO	47
larin fe	101	lidocaine	14
larissia	101	lidocaine hcl	14,72
LASIX	77	lidocaine hcl laryngotracheal 4% solution	14
latanoprost	118	lidocaine hcl viscous	14
LATUDA	52	lidocaine-prilocaine	14
LAYOLIS FE	101	lidocan iii	14
ledipasvir-sofosbuvir	59	LIDODERM	14
leena	101	LILETTA	96
leflunomide	110	lillow	102
lenalidomide	36	lindane	87
LENVIMA	43	linezolid	17
lessina	101	linezolid-0.9% nacl	17
LETAIRIS	122	linezolid-d5w	17
letrozole	40	LINZESS	91
leucovorin calcium	38	liothyronine sodium	106
LEUKERAN	35	LIPITOR	78
LEUKINE	69	lisdexamphetamine dimesylate	81
leuprolide acetate	107	lisinopril	71
leuprolide depot	107	lisinopril-hydrochlorothiazide	76
levetiracetam	23	lithium carbonate	61
levetiracetam er	23	lithium carbonate er	61
levetiracetam-nacl	23	lithium citrate	61
LEVO-T	106	LITHOBID	61
levobunolol hcl	117	lo-zumandimine	102
levocarnitine	94	LOCOID LIPOCREAM	86
levocarnitine sf	94	LOESTRIN	102
levocetirizine dihydrochloride	119	LOESTRIN FE	102
levofloxacin	21	lojaimiess	102
levofloxacin-d5w	21	LONSURF	38
levonest	101	loperamide	91
levonorg-eth estrad eth estrad	102	LOPID	78
levonorgestrel-eth estradiol	102	lopinavir-ritonavir	58
levora-28	102	LOPRESSOR	73
levorphanol tartrate	12	LOPROX	32
levothyroxine sodium	106	lorazepam	61
LEVOXYL	106	lorazepam intensol	61
LEXAPRO	28	LORBRENA	43
LEXIVA	58	loryna	102

losartan potassium	71	MARGENZA	47
losartan-hydrochlorothiazide	76	marlissa	102
LOSEASONIQUE	102	MARPLAN	27
LOTENSIN	71	MATULANE	35
LOTENSIN HCT	76	matzim la	74
LOTRONEX	91	MAXALT	33
lovastatin	78	MAXALT MLT	33
LOVAZA	79	MAXITROL	115
LOVENOX	68	MAXZIDE	76
low-ogestrel	102	MAXZIDE-25 MG	76
loxapine	51	MAYZENT	83
lubiprostone	91	meclizine hcl	30
LUMAKRAS	43	MEDROL	97
LUMIGAN	118	medroxyprogesterone acetate	105
LUMIZYME	94	mefloquine hcl	49
LUMOXITI	47	megestrol acetate	105
LUMRYZ	124	MEKINIST	43
LUPRON DEPOT	107	MEKTOVI	43
LUPRON DEPOT (LUPANETA)	107	meloxicam	11
LUPRON DEPOT-PED	107	melphalan hcl	35
lurasidone hcl	52	memantine hcl	26
lutra	102	memantine hcl er	26
LYBALVI	52	MENACTRA	112
lyleq	105	MENEST	99
lyllana	99	MENQUADFI	112
LYNPARZA	43	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	112
LYRICA	23	mercaptopurine	37
LYSODREN	106	meropenem	20
LYTGOBI	43	meropenem-0.9% nacl	20
LYUMJEV	66	merzee	102
LYUMJEV KWIKPEN U-100	66	mesalamine	113
LYUMJEV KWIKPEN U-200	66	mesalamine dr	113
LYUMJEV TEMPO PEN U-100	66	mesalamine er	113
lyza	105	mesna	48
M		MESNEX	48
M-M-R II VACCINE	112	MESTINON	34
magnesium sulfate	88	metformin hcl	63
MALARONE	49	metformin hcl er	64
malathion	87	methadone hcl	12
maraviroc	57,58	methazolamide	76
		methenamine hippurate	17

methimazole	107	MIRCETTE	102
methocarbamol	123	mirtazapine	27
methotrexate	110	misoprostol	93
methotrexate sodium	110	mitomycin	38
methoxsalen	87	mitoxantrone hcl	38
methscopolamine bromide	92	modafinil	124
methsuximide	23	moexipril hcl	71
methylergonovine maleate	96	molindone hcl	51
methylphenidate er	81	mometasone furoate	86,119
methylphenidate hcl	81	mondoxyne nl	22
methylprednisolone	97	MONJUVI	47
methylprednisolone sodium succ	97	mono-lyyah	102
methyltestosterone	98	montelukast sodium	120
metoclopramide hcl	92	morphine sulfate	13
metolazone	78	morphine sulfate er	12
metoprolol succinate	73	MOUNJARO	64
metoprolol tartrate	73	MOVANTIK	91
metoprolol-hydrochlorothiazide	76	MOVIPREP	92
METRO IV	17	MOXEZA	116
METROCREAM	87	moxifloxacin	21,116
METROGEL	87	moxifloxacin hcl	21
METROLOTION	87	MOZOBIL	69
metronidazole	17,87	MRESVIA	112
metyrosine	76	MULTAQ	72
mexiletine hcl	72	mupirocin	87
MIACALCIN	114	MUTAMYCIN	38
micafungin	32	MVASI	47
MICARDIS	71	MYALEPT	92
MICARDIS HCT	76	MYCOBUTIN	34
microgestin	102	mycophenolate mofetil	110
microgestin 24 fe	102	mycophenolic acid	110
microgestin fe	102	MYFORTIC	110
midodrine hcl	70	MYHIBBIN	110
mifepristone	106	MYLOTARG	47
miglustat	94	myorisan	84
MIGRANAL	33	MYRBETRIQ	95
mili	102	MYSOLINE	24
mimvey	102		
MINIPRESS	70	N	
minocycline hcl	22	nabumetone	11
minoxidil	80	nadolol	73

nafcillin	19	nicardipine hcl	73
nafcillin sodium	19	NICOTROL	15
NAGLAZYME	94	NICOTROL NS	15
naloxone hcl	15	nifedipine er	73
naltrexone hcl	15	nikki	102
NAMENDA	26	NILANDRON	35
naproxen	11	nilutamide	35
naproxen sodium	11,12	nimodipine	73
naratriptan hcl	33	NINLARO	39
NARCAN	15	NIPENT	39
NARDIL	27	nisoldipine	73
NATACYN	116	nitazoxanide	49
nateglinide	64	nitisinone	94
NATPARA	114	NITRO-BID	80
NAYZILAM	24	nitrofurantoin	17
nebivolol hcl	73	nitrofurantoin mono-macro	17
NEBUPENT	49	nitroglycerin	80
necon	102	nitroglycerin patch	80
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	66	NITROLINGUAL	80
nefazodone hcl	28	NITROSTAT	80
nelarabine	39	NIVESTYM	69
neo-polycin	116	nizatidine	93
neo-polycin hc	115	nora-be	105
neomycin sulfate	16	norethin-eth estra-ferrous fum	102
neomycin-bacitracin-poly-hc	115	norethindron-ethinyl estradiol	102
neomycin-bacitracin-polymyxin	116	norethindrone	105
neomycin-polymyxin b	17	norethindrone ac (lupaneta)	105
neomycin-polymyxin-dexameth	115	norethindrone acetate	105
neomycin-polymyxin-gramicidin	116	norethindrone-e.estradiol-iron	102
neomycin-polymyxin-hc	119	norgestimate-ethinyl estradiol	102
neomycin-polymyxin-hydrocort	119	norlyda	105
NEORAL	110	NORPRAMIN	30
NERLYNX	43	NORTHERA	70
NEUPRO	50	nortrel	103
NEURONTIN	24	nortriptyline hcl	30
nevirapine	56	NORVASC	74
nevirapine er	56	NORVIR	58
NEXAVAR	43	novopen echo	66
NEXIUM	93	NOXAFIL	32
NEXIUM I.V.	93	NUBEQA	35
niacin er	79	NUDEXTA	82

NULOJIX	108	omnipod classic pods (gen 3)	67
NULYTELY	92	omnipod dash intro kit (gen 4)	67
NUPLAZID	52	omnipod dash pdm kit (gen 4)	67
NURTEC ODT	33	omnipod dash pods (gen 4)	67
NUTRILIPID	90	omnipod go pods	67
NUVARING	103	OMNITROPE	98
NUVIGIL	124	ONCASPAR	39
NUZYRA	22	ondansetron hcl	31
nyamyc	32	ondansetron odt	31
nylia	103	ONFI	24
nymyo	103	ONGLYZA	64
nystatin	32	ONIVYDE	40
nystatin-triamcinolone	87	ONTRUZANT	47
nystop	32	ONUREG	39
O		OPDIVO	47
OICALIVA	92	OPSUMIT	122
ocella	103	ORACEA	84
octreotide acetate	107	ORALAIR	123
OCUFLOX	116	oralone	83
ODEFSEY	57	ORENCIA	108
ODOMZO	43	ORENCIA CLICKJECT	108
OFEV	122	ORFADIN	95
ofloxacin	21,116,119	ORGOVYX	107
OGIVRI	47	ORKAMBI	121
OGSIVEO	43	ORSERDU	36
OJEMDA	43,44	orsythia	103
OJJAARA	44	oseltamivir phosphate	60
olanzapine	52	OTEZLA	87
olanzapine odt	52	OVIDE	87
olmesartan medoxomil	71	oxaliplatin	39
olmesartan-amlodipine-hctz	76	oxaprozin	12
olmesartan-hydrochlorothiazide	76	oxazepam	61
olopatadine hcl	116,119	oxcarbazepine	25
omega-3 acid ethyl esters	79	oxybutynin chloride	95
omeprazole	93	oxybutynin chloride er	95
omnipod 5 g6 intro kit (gen 5)	66	oxycodone hcl	14
omnipod 5 g6 pods (gen 5)	67	oxycodone-acetaminophen	14
omnipod 5 g6-g7 intro kt(gen5)	67	OZEMPIC	64
omnipod 5 g6-g7 pods (gen 5)	67	P	
omnipod classic pdm kit(gen 3)	67	pacerone	72

paclitaxel.....	39	perphenazine.....	30
PADCEV.....	47	PERSERIS.....	53
paliperidone er.....	52,53	pfizerpen.....	20
palonosetron hcl.....	31	phenelzine sulfate.....	27
PALYNZIQ.....	95	phenobarbital.....	24
PANRETIN.....	48	phenobarbital sodium.....	24
pantoprazole sodium.....	93	phenoxybenzamine hcl.....	70
paraplatin.....	39	PHENYTEK.....	25
paricalcitol.....	114	phenytoin.....	25
PARNATE.....	27	phenytoin sodium extended.....	25
paromomycin sulfate.....	16	PHESGO.....	47
paroxetine cr.....	28	philith.....	103
paroxetine er.....	28,29	PIFELTRO.....	56
paroxetine hcl.....	29	pilocarpine hcl.....	83,118
PAXIL.....	29	pimecrolimus.....	86
PAXLOVID.....	123	pimozide.....	51
pazopanib hcl.....	44	pimtrea.....	103
PEDIARIX.....	112	pindolol.....	73
PEDVAXHIB.....	112	pioglitazone hcl.....	64
peg 3350-electrolyte.....	92	pioglitazone-glimepiride.....	64
peg-3350 and electrolytes.....	92	pioglitazone-metformin.....	64
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c.....	92	piperacillin-tazobactam.....	20
PEGASYS.....	109	PIQRAY.....	44
PEMAZYRE.....	44	pirfenidone.....	122
pemetrexed.....	39	pirmella.....	103
pemetrexed disodium.....	39	piroxicam.....	12
PENBRAYA.....	112	PLAQUENIL.....	49
penicillamine.....	96	PLAVIX.....	70
penicillin g potassium.....	19	PLEGRIDY.....	83
penicillin g sodium.....	19	PLEGRIDY PEN.....	83
penicillin gk-iso-osm dextrose.....	20	plerixafor.....	69
penicillin v potassium.....	20	podofilox.....	87
PENTACEL.....	112	POLIVY.....	47
PENTAM 300.....	49	polycin.....	116
pentamidine isethionate.....	49	polymyxin b sul-trimethoprim.....	116
PENTASA.....	113	POMALYST.....	36
pentoxifylline.....	76	portia.....	103
perindopril erbumine.....	71	PORTRAZZA.....	47
periogard.....	83	posaconazole.....	32
PERJETA.....	47	potassium chloride.....	89
permethrin.....	87	potassium chloride in d5lr.....	89

potassium chloride proamp	89	prochlorperazine edisylate	30
potassium chloride-0.45% nacl	89	prochlorperazine maleate	30
potassium chloride-dextrose 5%	89	PROCRIT	69
potassium citrate er	89	procto-med hc	114
POTELIGEO	47	procto-pak	114
PRADAXA	68	proctosol-hc	114
pramipexole dihydrochloride	50	proctozone-hc	114
prasugrel hcl	70	progesterone	105
pravastatin sodium	78	PROGLYCEM	65
praziquantel	48	PROGRAF	110,111
prazosin hcl	70	PROLASTIN C	95
PRED FORTE	117	PROLENSA	117
PRED MILD	117	PROLIA	114
prednicarbate	86	PROMACTA	69
prednisolone	97	promethazine hcl	30
prednisolone acetate	117	promethegan	30
prednisolone sodium phosphate	97,117	propafenone hcl	72
prednisone	97	propafenone hcl er	72
pregabalin	23	propranolol hcl	73
PREGNYL	98	propranolol hcl er	73
PREHEVBRIO	112	propylthiouracil	107
PREMARIN	99	PROQUAD	112
PREMPHASE	103	PROSCAR	96
PREMPRO	103	PROTONIX	94
PREVACID	93	protriptiline hcl	30
prevalite	79	PROVERA	105
previfem	103	PROZAC	29
PREVYMIS	59	PRUDOXIN	86
PREZCOBIX	58	PULMOZYME	121
PREZISTA	59	PURIXAN	37
PRIFTIN	34	PYLERA	92
primaquine	49	pyrazinamide	34
primidone	24	pyridostigmine bromide	34
PRIORIX	112	pyridostigmine bromide er	34
PRISTIQ	29	pyrimethamine	49
PROAIR HFA	120		
PROAIR RESPICLICK	120	Q	
probenecid	32	QINLOCK	44
probenecid-colchicine	32	QUADRACEL DTAP-IPV	112
PROCARDIA XL	74	quetiapine fumarate	53
prochlorperazine	30	quetiapine fumarate er	53

quinapril hcl	71
quinapril-hydrochlorothiazide	76
quinidine gluconate	72
quinidine sulfate	72
quinine sulfate	49
QVAR REDIHALER	119

R

RABAVERT	112
rabeprazole sodium	94
raloxifene hcl	106
ramelteon	123
ramipril	71
ranolazine er	76
RAPAFLO	96
RAPAMUNE	111
rasagiline mesylate	50
reclipsen	103
RECOMBIVAX HB	112
RECTIV	80
REGLAN	92
REGRANEX	87
RELAFEN	12
RELENZA	60
RELISTOR	91
REMERON	27
REMODULIN	122
RENFLEXIS	111
REVELA	90
repaglinide	64
REPATHA PUSHTRONEX	79
REPATHA SURECLICK	79
REPATHA SYRINGE	79
RESTASIS	115
RESTASIS MULTIDOSE	115
RETACRIT	69
RETEVMO	44
RETIN-A	84
RETROVIR	57
REVCOVI	95
REVLIMID	36
REXULTI	53
REYATAZ	59
REZLIDHIA	44
RHOPRESSA	118
RIABNI	47
ribavirin	60,123
RIDAURA	108
rifabutin	34
RIFADIN	34
rifampin	34
riluzole	82
RINVOQ	108
risedronate sodium	114,115
risedronate sodium dr	115
RISPERDAL	53
RISPERDAL CONSTA	53
risperidone	53
risperidone er	53
risperidone odt	53
RITALIN	81
ritonavir	59
RITUXAN	47
RITUXAN HYCELA	47
rivastigmine	26
rizatriptan	33
ROCALTROL	115
ROCKLATAN	118
roflumilast	121
romidepsin	39
ropinirole er	50
ropinirole hcl	50
rosadan	87
rosuvastatin calcium	78
ROTARIX	112
ROTATEQ	112
ROWASA	113
roweepra	23
ROXICODONE	14
ROZEREM	123
ROZLYTREK	44
RUBRACA	44

rufinamide.....	25	SIGNIFOR LAR.....	107
RUKOBIA.....	58	sildenafil citrate.....	122
RUXIENCE.....	47	SILENOR.....	123
RYBELSUS.....	64	silodosin.....	96
RYBREVANT.....	47	SILVADENE.....	87
RYDAPT.....	44	silver sulfadiazine.....	87
RYLAZE.....	39	SIMBRINZA.....	118
RYTARY.....	50	simliya.....	103
RYTHMOL SR.....	72	simpesse.....	103
S		SIMULECT.....	111
SABRIL.....	24	simvastatin.....	78
sajazir.....	107	SINEMET 10-100.....	50
SALAGEN.....	83	SINEMET 25-100.....	50
SAMSCA.....	90	SINGULAIR.....	120
SANDIMMUNE.....	111	sirolimus.....	111
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	107	SIRTURO.....	34
SANTYL.....	87	SIVEXTRO.....	17
SAPHRIS.....	53	SKYLA.....	96
sapropterin dihydrochloride.....	95	SKYRIZI.....	108
SARCLISA.....	47	SKYRIZI ON-BODY.....	108
saxagliptin hcl.....	64	SKYRIZI PEN.....	109
saxagliptin-metformin er.....	64	sod sulf-potass sulf-mag sulf.....	92
SCEMBLIX.....	44	sodium chloride.....	89
scopolamine.....	30	sodium chloride-water.....	89
SEASONIQUE.....	103	sodium oxybate.....	124
SECUADO.....	53	sodium phenylbutyrate.....	95
selegiline hcl.....	50	sodium polystyrene sulfonate.....	91
selenium sulfide.....	86	sofosbuvir-velpatasvir.....	60
SELZENTRY.....	58	solifenacin succinate.....	96
SENSIPAR.....	115	SOLIQUA 100-33.....	64
SEREVENT DISKUS.....	120	SOLTAMOX.....	36
SEROQUEL.....	53	SOLU-MEDROL.....	97
SEROQUEL XR.....	53,54	SOMATULINE DEPOT.....	107
sertraline hcl.....	29	SOMAVERT.....	107
setlakin.....	103	SOOLANTRA.....	87
sevelamer carbonate.....	90,91	sorafenib.....	44
SFROWASA.....	113	sorine.....	72
sharobel.....	105	sotalol.....	72
SHINGRIX.....	112	sotalol af.....	72
SIGNIFOR.....	107	SOVALDI.....	60
		SPIRIVA HANDIHALER.....	120

SPIRIVA RESPIMAT	120	SUTENT	44
spironolactone	77	syeda	103
spironolactone-hctz	76	SYMFI	56
SPORANOX	32	SYMFI LO	56
SPRAVATO	27	SYMLINPEN 120	64
sprintec	103	SYMLINPEN 60	64
SPRITAM	23	SYMPAZAN	24,25
SPRYCEL	44	SYMTUZA	59
SPS	91	SYNAGIS	108
sronyx	103	SYNAREL	107
SSD	87	SYNJARDY	64
STAMARIL	112	SYNJARDY XR	64
stavudine	57	SYNRIBO	39
STELARA	109	SYNTHROID	106
STIOLTO RESPIMAT	123	SYPRINE	90
STIVARGA	44		
STRATTERA	81	T	
STRENSIQ	95	TABLOID	37
streptomycin sulfate	16	TABRECTA	44
STRIBILD	55	tacrolimus	86,111
STROMECTOL	48	tadalafil	122
SUBLOCADE	15	TAFINLAR	45
SUBOXONE	15	TAGRISSO	45
subvenite	23	TALZENNA	45
subvenite (blue)	23	TAMIFLU	60
sucralfate	93	tamoxifen citrate	36
SULAR	74	tamsulosin hcl	96
sulfacetamide sodium	84,116	taperdex	97
sulfacetamide-prednisolone	115	TARCEVA	45
sulfadiazine	21	TARGRETIN	48
sulfamethoxazole-trimethoprim	21	tarina 24 fe	103
sulfasalazine	113	tarina fe	103
sulfasalazine dr	113	tarina fe 1-20 eq	103
sulindac	12	TASIGNA	45
sumatriptan	33	tasimelteon	124
sumatriptan succinate	33	TASMAR	49
sunitinib malate	44	taysofy	104
SUNLENCA	58	tazarotene	84
SUPRAX	19	tazicef	19
SUPREP	92	TAZORAC	84
SUTAB	92	taztia xt	74

TAZVERIK.....	45	TIAZAC.....	74
TDVAX.....	112	TIBSOVO.....	45
TECENTRIQ.....	47	TICOVAC.....	112
TECFIDERA.....	83	tigecycline.....	17
TEFLARO.....	19	TIKOSYN.....	72
TEGRETOL.....	25	tilia fe.....	103
TEGRETOL XR.....	25	timolol maleate.....	73,118
TEKTURNA.....	76	TIMOPTIC.....	118
telmisartan.....	71	TIMOPTIC OCUDOSE.....	118
telmisartan-amlodipine.....	76	TIROSINT.....	106
telmisartan-hydrochlorothiazid.....	76,77	TIROSINT-SOL.....	106
temazepam.....	124	TIVICAY.....	55
TEMODAR.....	35	TIVICAY PD.....	56
temsirolimus.....	45	tizanidine hcl.....	55
tencon.....	10	TOBRADEX.....	115
TENIVAC.....	112	tobramycin.....	116,121
tenofovir disoproxil fumarate.....	57	tobramycin sulfate.....	16
TENORETIC 100.....	77	tobramycin-dexamethasone.....	116
TENORETIC 50.....	77	tolcapone.....	49
TENORMIN.....	73	tolterodine tartrate.....	96
TEPMETKO.....	45	tolterodine tartrate er.....	96
terazosin hcl.....	70	tolvaptan.....	90
terbinafine hcl.....	32	topiramate.....	23
terbutaline sulfate.....	120	toposar.....	40
terconazole.....	32	topotecan hcl.....	40
teriparatide.....	115	TOPROL XL.....	73
testosterone.....	98	toremifene citrate.....	36
testosterone cypionate.....	98	TORISEL.....	45
testosterone enanthate.....	98	torpenz.....	45
tetrabenazine.....	82	torse mide.....	77
tetracycline hcl.....	22	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	67
THALOMID.....	36	TOUJEO SOLOSTAR.....	67
THEO-24.....	121	TOVIAZ.....	96
theophylline anhydrous.....	121	TRACLEER.....	122
theophylline er.....	121	TRADJENTA.....	65
thioridazine hcl.....	51	tramadol hcl.....	14
thiotepa.....	39	tramadol hcl er.....	12
thiothixene.....	51	tramadol hcl-acetaminophen.....	14
THYMOGLOBULIN.....	108	trandolapril.....	72
tiadylt er.....	74	trandolapril-verapamil er.....	77
tiagabine hcl.....	25	tranexamic acid.....	69

tranylcypromine sulfate	27	TRISENOX	39
TRAVASOL	90	TRIUMEQ	57
TRAVATAN Z	118	TRIUMEQ PD	57
travoprost	118	trivora-28	104
TRAZIMERA	48	TRIZIVIR	57
trazodone hcl	29	TRODELVY	48
TREANDA	39	TROGARZO	58
TRECATOR	34	TROPHAMINE	90
TRELEGY ELLIPTA	123	tropium chloride	96
TRELSTAR	107	tropium chloride er	96
TREMFYA	109	TRULICITY	65
treprostinil	122	TRUMENBA	112
tretinoin	48,84	TRUQAP	45
tri femynor	103	TRUVADA	57
tri-estarylla	103	TRUXIMA	48
tri-legest fe	103	TUKYSA	45
tri-linyah	103	tulana	105
tri-lo-estarylla	103	TURALIO	45
tri-lo-marzia	104	turqoz	104
tri-lo-mili	104	TWINRIX	113
tri-lo-sprintec	104	TYBLUME	104
tri-mili	104	TYBOST	58
tri-nymyo	104	tydemy	104
tri-previfem	104	TYGACIL	17
tri-sprintec	104	TYKERB	45
tri-vylibra	104	TYMLOS	115
tri-vylibra lo	104	TYPHIM VI	113
triamcinolone acetonide	83,86	TYSABRI	83
triamterene-hydrochlorothiazid	77	U	
TRIBENZOR	77	UBRELVY	33
tridacaine ii	14	UDENYCA	69
triderm	86	UDENYCA AUTOINJECTOR	69
trientine hcl	90	UDENYCA ONBODY	69
trifluoperazine hcl	51	UNITHROID	106
trifluridine	116	UNITUXIN	48
TRIKAFTA	121	ursodiol	92
triklo	79	UZEDY	54
TRILEPTAL	25	V	
trimethoprim	17	v-go 20	67
trimipramine maleate	30		
TRINTELLIX	29		

v-go 30	67	verapamil sr	74
v-go 40	67	VERELAN	74
VAGIFEM	99	VERELAN PM	74
valacyclovir	60	VERQUVO	77
VALCHLOR	35	VERSACLOZ	55
VALCYTE	59	VERZENIO	45
valganciclovir hcl	59	vestura	104
valproate sodium	23	VFEND IV	32
valproic acid	23	vgo 20	67
valsartan	71	vgo 30	67
valsartan-hydrochlorothiazide	77	vgo 40	67
VALTOCO	25	VIBERZI	91
VALTREX	60	VIBRAMYCIN	22
vancomycin	17	VICTOZA 2-PAK	65
vancomycin hcl	18	VICTOZA 3-PAK	65
vancomycin hcl-0.9% nacl	18	vienna	104
vancomycin hcl-d5w	18	vigabatrin	25
VANDAZOLE	18	vigadrone	25
VANFLYTA	45	VIGAMOX	116
VAQTA	113	vigpoder	25
varenicline tartrate	15	VIIBRYD	29
VARIVAX VACCINE	113	vilazodone hcl	29
VASCEPA	79	VIMPAT	25
VASERETIC	77	vinblastine sulfate	39
VASOTEC	72	vincasar pfs	39
VECTIBIX	48	vincristine sulfate	39
VEGZELMA	48	vinorelbine tartrate	39
VELCADE	45	violele	104
velivet	104	VIRACEPT	59
VELPHORO	91	VIREAD	57
VELTASSA	91	VITRAKVI	45,46
VENCLEXTA	45	VIVITROL	15
VENCLEXTA STARTING PACK	45	VIZIMPRO	46
venlafaxine besylate er	29	volnea	104
venlafaxine hcl	29	VONJO	46
venlafaxine hcl er	29	voriconazole	32
VENTAVIS	122	VOSEVI	60
VENTOLIN HFA	120	VOTRIENT	46
verapamil er	74	VPRIV	95
verapamil er pm	74	VRAYLAR	54
verapamil hcl	74	VUMERITY	83

vyfemla	104
vylibra	104
VYNDAMAX	95
VYNDAQEL	95
VYTORIN	79
VYVANSE	81
VYXEOS	39

W

warfarin sodium	68
water	90
WELIREG	39
WELLBUTRIN SR	27
WELLBUTRIN XL	27
wera	104
wixela inhub	123
wymzya fe	104

X

XALKORI	46
XARELTO	68
XATMEP	111
XCOPRI	23
XELJANZ	109
XELJANZ XR	109
XENAZINE	82
XERMELO	92
XGEVA	115
XHANCE	119
XIFAXAN	92
XIGDUO XR	65
XOFLUZA	60
XOLAIR	109
XOPENEX HFA	121
XOSPATA	46
XPOVIO	39
XTANDI	35
XYLOCAINE	14
XYLOCAINE-MPF	15

Y

yargesa	95
YASMIN 28	104
YAZ	104
YERVOY	48
YF-VAX	113
YONDELIS	35
YONSA	35
yuvafem	99

Z

zafirlukast	120
zaleplon	124
ZALTRAP	36
ZANOSAR	39
zarah	104
ZARONTIN	23
ZEBUTAL	10
ZEJULA	46
ZELBORAF	46
ZEMPLAR	115
zenatane	84
ZENPEP	95
zenzedi	81
ZEPATIER	60
ZEPZELCA	35
ZESTORETIC	77
ZESTRIL	72
ZETIA	79
ZIAC	77
ZIAGEN	57
zidovudine	57
ZIEXTENZO	69
ziprasidone hcl	54
ziprasidone mesylate	54
ZIRABEV	48
ZITHROMAX	21
ZITHROMAX TRI-PAK	21
ZOCOR	79
ZOKINVY	95

zoledronic acid	115
ZOLINZA	39
zolmitriptan odt	33
ZOLOFT	29
zolpidem tartrate	124
ZONALON	86
ZONEGRAN	25
ZONISADE	26
zonisamide	26
ZONTIVITY	68
ZORTRESS	111
ZOSYN	20
zovia 1-35	104
ZOVIRAX	60
ZTALMY	25
ZTLIDO	15
zumandimine	104
ZURZUVAE	27
ZYDELIG	46
ZYKADIA	46
ZYLOPRIM	32
ZYNLONTA	48
ZYPREXA	54
ZYPREXA RELPREVV	54
ZYPREXA ZYDIS	54
ZYVOX	18

Hamaspik Medicare Select and Hamaspik Medicare Choice 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 1-888-426-2774. 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 1-888-426-2774. (TTY 711.) 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 1-888-426-2774。(TTY 711) 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 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) 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 1-888-426-2774. (TTY 711) 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 1-888-426-2774 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí. (TTY 711)

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. (TTY 711)

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 1-888-426-2774. (TTY 711) 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 1-888-426-2774. 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 1-888-426-2774 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है। (TTY 711)

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 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 1-888-426-2774. (TTY 711) 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 1-888-426-2774. (TTY 711) 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 1-888-426-2774. (TTY 711) 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、1-888-426-2774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。(TTY 711)

**Hamaspik Medicare Select (HMO DSNP) y
Hamaspik Medicare Choice (HMO DSNP)
Formulario para 2024
(Lista de medicamentos cubiertos)**

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 24401, Version Number 13

Este Formulario resumido se actualizó el 01/07/2024. No hemos realizado cambios en este Formulario resumido desde 01/07/2024.

Para consultar un Listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, Hamaspik Medicare Select and Hamaspik Medicare Choice al 888-426-2774. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.), Estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024; y de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de abril de 2024 hasta el 30 de septiembre de 2024. O visite www.hamaspik.com.