

2025

FORMULARIO COMPLETO

Lista de Medicamentos Cubiertos

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

Identificación del formulario: 25501 Versión:

Este formulario fue actualizado el . Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Optum Rx, al 1-800-707-8194 (TTY: 711), 24 horas por 7 días o visita www.kelseycareadvantage.com.

1-866-535-8343 (TTY: 711)
KelseyCareAdvantage.com

Nota para los miembros existentes: Este Formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a KelseyCare Advantage. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", se refiere a KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) y KelseyCare Advantage Signature (HMO).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está actualizada a partir de 01/02/2025. Para obtener una lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la Lista de medicamentos (formulario), aparece en las páginas de portada y contraportada.

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

¿Qué es el formulario de KelseyCare Advantage?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por KelseyCare Advantage en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, KelseyCare Advantage cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de KelseyCare Advantage y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por KelseyCare Advantage, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos del formulario durante el año, los traslademos a diferentes niveles de costos compartidos o agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:

www.KelseyCareAdvantage.com.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en el más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel diferente de costos compartidos o agregar nuevas restricciones.

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

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriéndole el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de KelseyCare Advantage?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente está en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto o ambos después de agregar un medicamento correspondiente. Podemos eliminar un medicamento de marca del formulario cuando agregamos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o moverlo a un nivel diferente de costos compartidos, o ambos. Es posible que realicemos cambios en función de las nuevas directrices clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una reposición del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de KelseyCare Advantage?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2025 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el

mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirás una notificación directa sobre cambios que no te afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante revisar el formulario para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir de 01/02/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por KelseyCare Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. Los cambios en el formulario se actualizan mensualmente en el Anexo del formulario. Para revisar y/o imprimir cambios en el formulario durante el año, visite nuestro sitio web en KelseyCareAdvantage.com. También puede comunicarse con nosotros para enviarle una copia del Anexo del Formulario.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Dolencia

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría **CARDIOVASCULAR**. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. A continuación, busque debajo del nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 93. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

KelseyCare Advantage cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

- Para hablar sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, "La 'Lista de Medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** KelseyCare Advantage requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de KelseyCare Advantage antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que KelseyCare Advantage no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, KelseyCare Advantage limita la cantidad del medicamento que cubrirá KelseyCare Advantage. Por ejemplo, KelseyCare Advantage proporciona 30 tabletas por receta para rosuvastatina. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, KelseyCare Advantage 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 KelseyCare Advantage no cubra el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, KelseyCare Advantage cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional consultando el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

Puede pedirle a KelseyCare Advantage que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le haga una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección

"¿Cómo solicito una excepción al formulario de KelseyCare Advantage?" en la siguiente página para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que KelseyCare Advantage no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por KelseyCare Advantage. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por KelseyCare Advantage.
- Puede pedirle a KelseyCare Advantage que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de KelseyCare Advantage?

Puede pedirle a KelseyCare Advantage que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- 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 no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, KelseyCare Advantage limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que le eximamos del límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en un nivel de especialidad.

Por lo general, KelseyCare Advantage solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o de formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita

una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que los resurtidos proporcionen un suministro máximo de medicamentos para 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

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

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados KelseyCare Advantage, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre KelseyCare Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

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

Formulario de KelseyCare Advantage

El formulario que comienza en la página 1 proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por KelseyCare Advantage. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al Índice que comienza en la página 93.

En la primera columna de la tabla aparece el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (por ejemplo, HUMALOG) y los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (por ejemplo, *metformina*).

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

Requisitos/Límites	Consejos útiles
B/D	Cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Este medicamento recetado tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que sea necesario presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar la determinación.
ED	Medicamentos excluidos. Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de su medicamento (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
PA	Autorización previa. KelseyCare Advantage requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto.
QL	Límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, KelseyCare Advantage limita la cantidad del medicamento que se cubrirá.
ST	Terapia escalonada. En algunos casos, KelseyCare Advantage requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que el medicamento B no esté cubierto a menos que pruebe primero el medicamento A.

Junto a la columna "Nombre del medicamento" hay una columna con la etiqueta "**Nivel**". **Esto identifica el nivel al que se encuentra el medicamento**

asignado y determinará el monto que usted paga por su receta. El monto que pagas por tu Los medicamentos recetados dependen del nivel del medicamento. Cada medicamento en la lista de medicamentos del plan está en uno de los seis costos niveles de uso compartido. En general, cuanto mayor sea el número de tier de costos compartidos, mayor será su costo para el medicamento.

Tier de costos compartidos	Medicamentos incluidos en el Tier
Tier 1	Genérico preferido
Tier 2	Genérico
Tier 3	Marca preferida
Tier 4	Medicamento no preferido
Tier 5	Tier de especialidad
Tier 6	Seleccionar medicamentos para el cuidado

Nivel 1 Genérico Preferido

Incluye medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos genéricos tienen la misma fórmula de ingrediente activo que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los medicamentos de marca y están clasificados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como seguros y eficaces como medicamentos de marca. No todos los medicamentos genéricos en la lista de medicamentos (formulario) están incluidos en este tier.

Nivel 2 Genérico

Incluye medicamentos genéricos que son medicamentos genéricos de alto costo y/o medicamentos genéricos que solo están disponibles en un fabricante, y algunos medicamentos de marca.

Marca preferida de nivel 3

Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

Medicamento no preferido de nivel 4

Incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.

Nivel 5 Nivel de especialidad

Tier de costo más alto: contiene medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo que pueden requerir un manejo especial y / o un monitoreo cercano. Los medicamentos especializados pueden ser de marca o genéricos.

Nivel 6 Medicamentos Select Care

Nivel de menor costo. Contiene medicamentos genéricos de Select Care para tratar afecciones como la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto.

KelseyCare Advantage Freedom (HMO-POS) y Signature (HMO)

Costo compartido preferido*

Tier	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
1	\$0.00	\$0.00
2	\$5.00	\$12.50
3	\$40.00	\$100.00
4	40%	40%
5	30%	N/A±
6	\$0.00	\$0.00

Costo compartido estándar*

Tier	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
1	\$7.00	\$21.00
2	\$15.00	\$45.00
3	\$47.00	\$141.00
4	40%	40%
5	30%	N/A±
6	\$0.00	\$0.00

*Después de que se alcance el deducible anual, cuando corresponda. Para obtener más información sobre su deducible y a qué medicamentos recetados se aplica, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

±No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.

La red de farmacias de KelseyCare Advantage incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferenciales. Puede ir a cualquiera de los dos tipos de farmacia de la red para recibir su medicamento recetado cubierto. Es posible que los costos compartidos sean menores en las farmacias con costos compartidos preferidos.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno

para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un mes (30 días)

suministro de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antidemencia		
Agentes antidemencia, otros		
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
Antagonista receptor de ácido N-metil-D-aspártico (NMDA)		
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	2	
Inhibidores de colinesterasa		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	3	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	4	
Agentes antiespásticos		
Agentes antiespásticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	4	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	
Agentes antimigrañosos		
Agonista de receptores de serotonina (5-HT)		
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	3	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	4	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	4	QL (5 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	4	QL (5 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	4	QL (5 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	QL (12 EA per 30 days)
Alcaloides del cornezuelo		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	5	PA; QL (8 ML per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	3	QL (24 EA per 28 days)
Antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene)		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 28 days)
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; QL (16 EA per 30 days)
Profiláctico		
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
Agentes antiparkinsonianos		
Agentes antiparkinsonianos, otros		
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	4	
Agonistas de la dopamina		
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	2	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
Anticolinérgicos		
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	4	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	3	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	3	
Precusores de dopamina y/o inhibidores de la L-aminoácido descarboxilasa		
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	4	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG	4	ST
Agentes cardiovasculares		
Agentes bloqueantes adrenérgicos alfa		
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	3	
Agentes bloqueantes adrenérgicos beta		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	3	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	4	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 75 mg</i>	2	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	3	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, dihidropiridinas		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	4	
Agentes bloqueantes del canal de calcio, no dihidropiridinas		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	3	
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	4	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	6	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	6	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	6	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	6	
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	3	QL (240 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	6	
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	6	
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	5	PA
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	6	
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	4	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	6	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	6	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
Agonistas adrenérgicos alfa		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	3	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	5	PA
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	6	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	4	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl oral capsule 200 mg, 250 mg</i>	4	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG	4	
PACERONE ORAL TABLET 200 MG	2	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	3	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibrico		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	3	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	3	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	4	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	4	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	4	
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	6	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	4	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	4	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	3	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	2	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	6	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm, 1 gm</i>	4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	4	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	4	
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	4	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	3	PA; QL (7 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
Diuréticos, ahorrador de potasio		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	4	
Diuréticos, evacuación		
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	3	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	3	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	3	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
Diuréticos, tiazida		
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	6	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	
Inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors, SGLT)		
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial/venoso		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	3	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
Vasodilatadores, acción directa a nivel arterial		
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
Agentes de antigout		
Agentes de antigout		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	2	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	3	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	3	
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	3	
Agentes de la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	4	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	4	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	4	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	4	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	5	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	4	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	4	
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	2	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	2	
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
Agentes de las enfermedades óseas metabólicas		
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg</i>	6	
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	6	QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	3	QL (3.7 ML per 30 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	2	
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	4	
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	5	
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML	5	PA
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	4	QL (2 ML per 365 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	5	
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	4	QL (4 EA per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	5	PA
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	5	PA
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5	PA
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes de esclerosis múltiple		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; QL (15 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	4	PA; QL (120 EA per 365 days)
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	5	PA; QL (0.4 ML per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	5	PA; QL (24 EA per 365 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	4	PA; QL (14 EA per 365 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML	5	PA; QL (6 ML per 28 days)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6X8.8 & 6X22 MCG	5	PA; QL (8.4 ML per 365 days)
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML	5	PA; QL (6 ML per 28 days)
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6X8.8 & 6X22 MCG	5	PA; QL (8.4 ML per 365 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 X 0.23MG & 3 X 0.46MG	5	PA; QL (14 EA per 365 days)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK 0.23MG & 0.46MG 0.92MG(21)	5	PA; QL (56 EA per 365 days)
Agentes de fibromialgia		
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	3	QL (110 EA per 365 days)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	4	
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
Sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	5	PA; QL (210 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	5	PA; QL (56 EA per 365 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	3	
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	5	PA; QL (112 EA per 365 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	5	PA; QL (56 EA per 365 days)
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	5	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	4	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	5	PA
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	4	PA
Agentes del trastorno del sueño		
Agentes estimulantes de insomnio		
ARMODAFINIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
ARMODAFINIL ORAL TABLET 50 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	5	PA; QL (540 ML per 30 days)
Agentes promotores del sueño		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
ESZOPICLONE ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes dentales y orales		
Agentes dentales y orales		
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	3	
<i>kourzeq mouth/throat paste 0.1 %</i>	3	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	2	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	3	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos, otros		
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	4	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	4	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	3	QL (90 GM per 30 days)
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	4	ST; QL (300 GM per 30 days)
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	4	QL (40 GM per 30 days)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	3	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	3	QL (48 EA per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	3	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	3	
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	3	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	4	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	2	
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ssd external cream 1 %</i>	2	
Agentes desencadenantes de acné y rosácea		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	4	
<i>azelaic acid external gel 15 %</i>	4	QL (100 GM per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	4	
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
FINACEA EXTERNAL FOAM 15 %	4	QL (50 GM per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	4	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	3	
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	4	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %</i>	4	PA
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
Agentes desencadenantes de dermatitis y prurito		
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; QL (6 ML per 28 days)
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (6 ML per 28 days)
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	3	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	3	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	3	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	3	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	3	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	4	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	4	
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	3	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external cream 0.25 %</i>	3	QL (100 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment 0.25 %</i>	3	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	4	PA
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	4	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	3	QL (60 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	3	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	3	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	4	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	4	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	2	QL (100 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	2	QL (100 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	3	QL (60 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	3	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	3	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	3	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	4	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	2	
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triderm external cream 0.5 %</i>	2	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	4	QL (60 GM per 30 days)
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	2	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	3	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	2	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	3	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	3	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>ery external pad 2 %</i>	3	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	3	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	3	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	3	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	2	QL (110 GM per 30 days)
Pediculicidas/escabicidas		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	4	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	3	
Agentes gastrointestinales		
Agentes antidiarreicos		
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	4	PA
<i>alose tron hcl oral tablet 1 mg</i>	5	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	3	
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
Agentes antiestreñimiento		
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	3	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
MOTTEGRITY ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	ST; QL (90 EA per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE)	5	ST; QL (18 ML per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 8 MG/0.4ML	5	ST; QL (12 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes gastrointestinales, otros		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	3	
<i>gavilyte-c oral solution reconstituted 240 gm</i>	2	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	2	
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML	5	PA; QL (60 ML per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML	5	PA; QL (90 ML per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	3	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	3	
NITROGLYCERIN RECTAL OINTMENT 0.4 %	4	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	2	
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	3	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	4	
Antiespasmódicos, gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	3	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	3	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	PA
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
Protectores		
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	3	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	3	
Agentes genitourinarios		
Agentes de hiperplasia benigna de próstata		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	2	
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	3	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	2	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	3	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	5	
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	ED; QL (6 EA per 30 days)
Antiespasmódicos, urinario		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	4	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	3	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (hipófisis)		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	4	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	3	
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	5	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	5	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	5	PA
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (360 EA per 30 days)
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (suprarrenal)		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	3	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	4	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	3	
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulación/sustitución/modificación (tiroides)		
<i>euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	2	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	2	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	3	
<i>unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	2	
Agentes hormonales, estimulantes/ de reemplazo/ modificadores (hormonas sexuales/ modificadores)		
Agentes de modificación selectiva de los receptores estrogénicos		
OSPHEHA ORAL TABLET 60 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	3	
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	3	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	4	PA
Estrógenos		
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	3	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>ashlyna oral tablet 0.15-0.03 & 0.01 mg</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>balziva oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	3	
<i>camrese lo oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/DAY	4	
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg</i>	3	
<i>dotti transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i>	4	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	4	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	3	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm, 1.25 mg/1.25gm</i>	4	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	4	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	3	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	4	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	4	
<i>ESTRING VAGINAL RING 7.5 MCG/24HR</i>	4	QL (1 EA per 90 days)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	3	
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	4	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	4	
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	3	
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	3	
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	3	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	3	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	3	
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	3	
<i>lutera oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>lyllana transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	4	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	3	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	4	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	3	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	4	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	4	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>pimtreea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	3	
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	4	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	4	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	4	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	4	
<i>rivelsa oral tablet 42-21-21-7 days</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	4	QL (91 EA per 91 days)
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	3	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	3	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	3	
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	3	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	3	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	3	
<i>turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	3	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	3	
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	3	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	3	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	4	
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	4	
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
Progestinas		
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	3	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	3	QL (0.65 ML per 90 days)
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	3	
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	3	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	3	
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	3	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	3	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	3	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	3	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	3	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	3	
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	3	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	3	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	3	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	3	
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes hormonales, inhibidor (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	3	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	3	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	5	PA; QL (4 EA per 365 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	4	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG	5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	5	PA; QL (1 EA per 112 days)
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA; QL (1 EA per 168 days)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	5	PA; QL (1 EA per 84 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5	PA; QL (60 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG	4	PA; QL (1 EA per 84 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG	4	PA; QL (1 EA per 168 days)
Agentes inmunológicos		
Agentes inmunológicos, otros		
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	5	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; QL (10 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML	5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML	5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	5	PA
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML	5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML	5	PA; QL (2.8 ML per 28 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	5	PA; QL (110 EA per 365 days)
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML	5	PA; QL (1.2 ML per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML	5	PA; QL (2.4 ML per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (1 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	5	PA; QL (3 ML per 84 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 84 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; QL (300 ML per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	5	PA
Agentes para angioedema		
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	5	PA
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sajazir subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	5	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	5	PA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	5	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML	5	PA
Inmunosupresores		
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml</i>	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
<i>adalimumab-aaty (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.2ml</i>	5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml</i>	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBM (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML	5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml</i>	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBM(CD/UC/HS STRT) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ADALIMUMAB-ADB(PS/UV STARTER) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	3	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	4	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	4	B/D
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG	4	B/D
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG	5	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	B/D
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	4	B/D
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	4	B/D
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	5	PA; Abbvie labeled products only; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; Abbvie labeled products only; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	5	PA; Abbvie labeled products only; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML	5	PA; Abbvie labeled products only; QL (6 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; QL (6 EA per 365 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	5	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	3	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	5	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	4	B/D
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	5	PA
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	B/D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	4	B/D
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	QL (1 EA per 252 days)
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	QL (1 EA per 999 days)
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	1	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	1	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML	3	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	1	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	1	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	3	
IPOL INJECTION INJECTABLE	1	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	1	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
<i>menquadfi intramuscular solution</i>	1	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	QL (0.5 ML per 999 days)
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	B/D

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	1	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	1	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU- MCG/ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	1	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos antialérgicos		

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	3	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	2	
Agentes oftálmicos bloqueantes beta adrenérgicos		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	4	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	2	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
Agentes oftálmicos para la disminución de la presión intraocular, otros		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	4	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	3	
BRIMONIDINE TARTRATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	3	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	2	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	3	QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes oftálmicos, otros		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	2	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	3	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	3	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	3	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	3	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	5	QL (60 ML per 28 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	3	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %</i>	3	
<i>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i>	3	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	2	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	3	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 ML per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	4	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	4	QL (60 EA per 30 days)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	4	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	4	QL (5 ML per 25 days)
Antiinfecciosos oftálmicos		

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	4	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	4	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	2	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	4	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	3	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	3	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	4	
XDEMYVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	5	QL (10 ML per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	4	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	4	QL (12 ML per 365 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	3	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	3	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	2	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	4	QL (20 GM per 365 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	3	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	3	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	4	
Agentes para la bipolaridad		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral capsule 600 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	4	
Agentes para tratamientos antiadicción/contra la drogadicción		
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	4	QL (360 ML per 365 days)
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	4	QL (8.4 ML per 30 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	4	QL (504 EA per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	4	QL (504 EA per 365 days)
Agentes que revierten los opioides		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	3	
OPVEE NASAL SOLUTION 2.7 MG/0.1ML	3	
Dependencia de opioides		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	3	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 4-1 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
Disuasivos del alcohol/disminución del deseo		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	4	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	3	
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	5	
Agentes para vías respiratorias/pulmonares		
Agentes del tracto respiratorio, otros		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	3	QL (24 GM per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	3	QL (32.1 GM per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	3	QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>breyndra inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	4	QL (10.3 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	3	QL (23.6 GM per 28 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (560 EA per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	3	QL (8 GM per 30 days)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT	4	PA; QL (17.6 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DULERA INHALATION AEROSOL 50-5 MCG/ACT	4	PA; QL (13 GM per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	5	PA
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	3	B/D; QL (540 ML per 30 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	5	PA; QL (0.4 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA; QL (3 EA per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	3	QL (24 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
Agentes para fibrosis pulmonar		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	5	PA
PIRFENIDONE ORAL TABLET 534 MG	5	PA
Agentes para fibrosis quística		
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	5	PA
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; QL (56 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; QL (112 EA per 28 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	5	PA
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	5	QL (224 EA per 56 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	5	B/D
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG	5	PA; QL (84 EA per 28 days)
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 MG	5	PA; QL (336 EA per 365 days)
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 MG	5	PA; QL (672 EA per 365 days)
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 & 1 MG	5	PA; QL (504 EA per 365 days)
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG	4	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
Antihistamínicos		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	3	QL (60 ML per 30 days)
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	3	
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	QL (30 EA per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	4	QL (1 EA per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	4	QL (1 EA per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	4	QL (1 EA per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	4	QL (13 GM per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	4	B/D; QL (120 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	2	
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	4	QL (34 GM per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT, 80 MCG/ACT	3	QL (21.2 GM per 30 days)
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	4	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	2	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	4	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	4	QL (25.8 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	B/D; QL (312.5 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	3	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT	3	QL (8 GM per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT	3	
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
YUPELRI INHALATION SOLUTION 175 MCG/3ML	5	B/D; QL (90 ML per 30 days)
Broncodilatadores, simpaticomimético		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	2	QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	2	QL (13.4 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	2	QL (48 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	2	B/D; QL (525 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	4	B/D; QL (375 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>	2	B/D; QL (100 EA per 30 days)
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution 15 mcg/2ml</i>	4	PA; QL (120 ML per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	3	Applies to products manufactured by Impax or Linea
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml</i>	3	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	3	Applies to product manufactured by Mylan Specialty

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml</i>	4	B/D; QL (540 ML per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	3	QL (30 GM per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT	3	QL (2 EA per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	3	QL (60 EA per 30 days)
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	3	B/D
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	4	PA
THEOPHYLLINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG	4	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	4	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	3	
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
Agentes Terapéuticos, Misceláneos		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	QL (200 EA per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	QL (200 EA per 30 days)
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"	1	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	QL (200 EA per 30 days)
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	1	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	B/D
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	QL (200 EA per 30 days)
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	QL (200 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SKYCLARYS ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	2	
Analgésicos		
Analgésicos opioides, de acción prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	4	QL (4 EA per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	4	
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	3	
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	3	
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG	3	
Analgésicos opioides, de acción rápida		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	2	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg, 300-60 mg</i>	2	
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	4	
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	3	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	4	
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	4	
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	3	
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	3	
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	4	
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	3	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	4	PA
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	3	
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>	3	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	4	QL (20 EA per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	4	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	4	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	3	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	4	PA; QL (150 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	4	PA
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	3	PA; QL (30 GM per 30 days)
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bupirone hcl oral tablet 30 mg</i>	4	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	4	QL (720 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	3	
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	3	
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	3	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	5	PA
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	3	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	3	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	3	
HUMATIN ORAL CAPSULE 250 MG	5	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	5	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 2 gm</i>	5	
<i>clindacin etz external swab 1 %</i>	3	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	3	
<i>clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	4	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	5	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	5	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	4	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	5	QL (1800 ML per 28 days)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	4	QL (56 EA per 28 days)
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	3	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	4	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	3	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	5	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	3	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	4	QL (240 EA per 30 days)
Betalactámico, cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	3	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	3	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	3	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	4	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	4	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	3	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	4	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	5	
Betalactámico, penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	2	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	4	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125-31.25 MG/5ML	4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	4	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	5	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	5	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	4	
Carbapenemas		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	3	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	3	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack)</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	3	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	4	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	4	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	3	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	4	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	4	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	4	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	5	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	2	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	
Anticonvulsivos		
Agentes de modificación de los canales de calcio		
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	3	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	3	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	4	
Agentes moduladores del ácido gamma-aminobutírico (gamma-aminobutyric acid, GABA)		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	4	
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	4	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	4	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG	5	PA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG	5	PA
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	4	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	2	QL (270 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	4	QL (2160 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	QL (10 EA per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	4	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	4	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 300 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	4	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	5	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	5	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	5	QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	5	QL (10 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	5	PA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	5	PA
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>	5	PA
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	5	PA
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	5	PA
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Agentes para los canales de sodio		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	5	
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	4	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	4	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	4	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	3	
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	4	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	3	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	3	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	5	
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	5	
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	5	PA
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	5	PA
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	4	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	5	PA
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	4	ST
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
Anticonvulsivos, otros		
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	PA
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	3	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	4	
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	4	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	3	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	3	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	3	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	4	QL (10 EA per 30 days)
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	2	
<i>subvenite starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	4	
<i>subvenite starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	4	
<i>subvenite starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	4	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	3	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	3	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	3	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	3	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	3	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	3	
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA; QL (14 EA per 14 days)
Inhibidores de la monoaminoxidasa		

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	3	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	4	
ISRS/IRSN (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina)		
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 60 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG, 40 MG	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	4	ST; QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	3	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	2	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	4	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	4	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
Antieméticos		
Adyuvantes para terapia emetogénica		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	4	B/D; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	4	B/D; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	4	B/D; QL (6 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	4	B/D; QL (8 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	4	B/D; QL (450 ML per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	3	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	3	B/D
Antieméticos, otros		
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	3	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>promethegan rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	4	
Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	5	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	3	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	3	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	5	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	4	
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 70 MG	4	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	3	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	2	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	3	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	3	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	4	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION 10 %	5	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	3	QL (90 GM per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	2	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	2	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	2	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	3	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	3	QL (120 GM per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	5	PA
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	5	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	QL (84 EA per 180 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	3	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	5	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	5	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	4	
Antineoplásicos		
Agentes alquilantes		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	3	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	5	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	5	PA
Agentes antiangiogénicos		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5	PA
Antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	5	PA
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	2	
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG	5	PA
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	5	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA
Antiestrógenos/Modificadores		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	5	PA
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	5	
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	5	
Antimetabolitos		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	4	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	5	
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	3	
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG	5	PA
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	5	PA
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	5	PA
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA
Complementos del tratamiento		
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5	PA
Inhibidores de la aromatasa, tercera generación		
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	3	
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	2	
Inhibidores moleculares dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	5	PA; QL (60 EA per 365 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG	5	PA
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5	PA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	5	PA
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG, 60 MG	5	PA
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	5	PA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	5	PA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	5	PA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	5	PA
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	5	PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG	5	PA
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 30 MG, 45 MG	5	PA
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	3	PA
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	5	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG	5	PA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG	5	PA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG	5	PA
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	5	PA
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	5	PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	5	PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	5	PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	5	PA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	5	PA
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	5	PA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	5	PA
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	5	PA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 240 MG, 320 MG	5	PA
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	5	PA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	5	PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (180 EA per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	5	PA
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5	PA
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	5	PA
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	5	PA
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	5	PA
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	5	PA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	5	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	5	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	5	PA
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 80 MG	5	PA
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA
<i>torpenz oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	5	PA
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	5	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	5	PA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG, 20 MG, 50 MG	5	PA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	5	PA
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	5	PA
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA
Retinoides		
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	5	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	5	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	5	
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	5	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	3	PA
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	4	
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	4	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	3	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	5	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	4	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	4	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	3	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	5	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	4	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antipsicóticos		
Primera generación/típico		
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	3	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	4	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 8 mg</i>	4	
<i>perphenazine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	3	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	4	
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	3	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg</i>	4	
Resistente al tratamiento		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	4	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i>	3	QL (270 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 25 mg</i>	4	QL (270 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	QL (540 ML per 30 days)
Segunda generación/atípico		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	5	
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5	
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	4	QL (750 ML per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	5	
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML, 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	5	
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	ST; QL (16 EA per 365 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	5	ST
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	5	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	4	
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	5	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	4	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	5	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	5	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	3	QL (240 ML per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	5	ST; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
Antivirico		
Agentes antivirales y coronavirus		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG	3	QL (40 EA per 5 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	3	QL (20 EA per 5 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	3	QL (30 EA per 5 days)
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	5	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	3	
Agentes antigripales		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	3	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	3	
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	3	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	3	QL (84 EA per 365 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	3	QL (110 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	3	QL (1080 ML per 365 days)
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	3	
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	3	
Agentes antihepatitis C (VHC)		
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	5	PA; QL (560 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; QL (336 EA per 365 days)
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; QL (84 EA per 365 days)
Agentes antiherpéticos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	4	B/D
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
Agentes anti-VIH, inhibidores de la proteasa (IP)		
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>	4	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	4	QL (360 EA per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	QL (180 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (300 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	5	QL (180 EA per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	5	QL (300 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	5	QL (120 EA per 30 days)
Agentes anti-VIH, otros		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	5	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	5	QL (120 EA per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG	5	QL (8 EA per 365 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG	5	QL (10 EA per 365 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la integrasa (II)		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	3	QL (180 EA per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	5	QL (60 EA per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN)		
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	5	QL (60 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	4	QL (1200 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
Agentes contra el VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y nucleótidos (ITIN)		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	4	QL (960 ML per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	QL (850 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	3	QL (960 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	5	QL (240 GM per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	4	QL (1920 ML per 30 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
Agentes contra el virus de la hepatitis B (VHB)		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	4	
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	5	QL (600 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	3	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Aglutinantes de potasio		
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	3	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	4	QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	3	
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	4	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	5	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	3	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	5	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	5	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	5	PA
Reemplazo de electrolitos/ minerales		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	5	
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	2	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	4	
<i>klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq</i>	2	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	2	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	3	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	2	
<i>klor-con oral tablet extended release 8 meq</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	3	
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	4	B/D
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>	3	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	3	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%)</i>	4	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	4	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %</i>	3	
Vitaminas		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	2	ED
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	2	ED; QL (30 EA per 30 days)
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	2	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	2	ED
Productos y modificadores sanguíneos		
Agentes homeostáticos		
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	3	
Agentes modificadores de plaquetas		
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 25-200 MG	4	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	5	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	
Anticoagulantes		

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	3	QL (148 EA per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (90 EA per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	5	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	4	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML	5	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNT/0.72ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML	5	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 2500 UNIT/0.2ML	4	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 5000 unit/ml</i>	3	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	3	QL (102 EA per 365 days)
Productos y modificadores sanguíneos, otros		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	3	
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	4	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG, 25 MG	5	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	5	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6ML	5	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA
XOLREMDI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	5	
Reguladores de la glucemia		
Agentes antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	4	PA; QL (3.4 ML per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	4	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	4	PA; QL (4.8 ML per 28 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	3	
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG	3	
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG	3	
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	6	
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 850 mg</i>	6	
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	6	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	6	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	6	
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG	3	PA; QL (60 EA per 365 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	3	
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 25-1000 MG, 5-1000 MG	3	
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG, 25-5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	3	
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	
Agentes glucémicos		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	3	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	5	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	3	
Insulinas		
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML	3	
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	3	
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	3	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
LYUMJEV INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
Relajantes musculares esqueléticos		
Relajantes musculares esqueléticos		
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	PA
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	4	
Trastorno genético o enzimático o proteico: reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético o enzimático o proteico: reemplazo, modificadores, tratamiento		
<i>betaine oral powder</i>	5	
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG	5	PA
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	3	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	4	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	4	
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML	5	PA; QL (240 ML per 30 days)
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	5	PA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	5	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	5	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	5	PA
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
PYRUKYND ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG, 7 X 20 MG & 7 X 5 MG, 7 X 50 MG & 7 X 20 MG	5	PA; QL (30 EA per 30 days)
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	5	PA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	5	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML	5	PA
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA
YARGESA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	3	

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla yendo al principio de esta tabla.

Índice de Drogas

A		
<i>abacavir sulfate</i>	81	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	81	
ABELCET.....	65	
ABILIFY MAINTENA	76	
<i>abiraterone acetate</i>	67	
ABRYSVO.....	35	
<i>acamprosate calcium</i>	43	
<i>acarbose</i>	86	
<i>acebutolol hcl</i>	4	
<i>acetaminophen-codeine</i> ...	49	
<i>acetazolamide</i>	39	
<i>acetazolamide er</i>	39	
<i>acetic acid</i>	41	
<i>acitretin</i>	17	
ACTHIB	35	
ACTIMMUNE	32	
<i>acyclovir</i>	19, 79	
<i>acyclovir sodium</i>	79	
ADACEL.....	35	
<i>adalimumab-aaty (1 pen)</i> ..	33	
<i>adalimumab-aaty (2 pen)</i> ..	33	
<i>adalimumab-aaty (2 syringe)</i>	33	
ADALIMUMAB-ADBM (2 PEN).....	33	
<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>	33	
ADALIMUMAB-ADBM (2 SYRINGE)	33	
ADALIMUMAB- ADBM(CD/UC/HS STRT)	33	
ADALIMUMAB-ADBM(PS/UV STARTER).....	33	
ADBRY.....	17	
<i>adefovir dipivoxil</i>	82	
ADEMPAS.....	45	
ADVAIR HFA.....	43	
AIMOVIG.....	2	
AIRSUPRA.....	43	
AKEEGA	67	
<i>albendazole</i>	74	
<i>albuterol sulfate</i>	47	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	47	
<i>alclometasone dipropionate</i>	17	
ALECENSA	68	
<i>alendronate sodium</i>	12	
<i>alfuzosin hcl er</i>	22	
<i>aliskiren fumarate</i>	5	
<i>allopurinol</i>	11	
<i>alose tron hcl</i>	20	
<i>alprazolam</i>	51	
<i>altavera</i>	25	
ALUNBRIG.....	68	
<i>alyacen 1/35</i>	25	
<i>alyq</i>	45	
<i>amantadine hcl</i>	78	
<i>ambrisentan</i>	45	
<i>amikacin sulfate</i>	51	
<i>amiloride hcl</i>	9	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	5	
<i>amiodarone hcl</i>	7	
<i>amitriptyline hcl</i>	63	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	5	
<i>amlodipine besylate</i>	4	
<i>amlodipine besylate- valsartan</i>	5	
<i>ammonium lactate</i>	17	
<i>amnestem</i>	17	
<i>amoxapine</i>	63	
<i>amoxicillin</i>	54	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 54		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	54	
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	14	
<i>amphetamine- dextroamphetamine</i>	14	
<i>amphotericin b</i>	65	
<i>amphotericin b liposome</i> ...	65	
<i>ampicillin</i>	54	
<i>ampicillin sodium</i>	54	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	54, 55	
<i>anagrelide hcl</i>	85	
<i>anastrozole</i>	68	
ANORO ELLIPTA.....	43	
<i>aprepitant</i>	63, 64	
APTIOM	58	
APTIVUS.....	79	
AREXVY.....	35	
<i>arformoterol tartrate</i>	47	
ARIKAYCE	51	
<i>aripiprazole</i>	76	
ARISTADA	76	
ARISTADA INITIO	76	
ARMODAFINIL.....	15	
ARNUITY ELLIPTA	46	
<i>asenapine maleate</i>	76	
<i>ashlyna</i>	25	
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	46	
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	46	
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	46	
ASMANEX HFA.....	46	
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER.....	84	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	48	
<i>atazanavir sulfate</i>	79	
<i>atenolol</i>	4	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	5	
<i>atomoxetine hcl</i>	14	
<i>atorvastatin calcium</i>	8	
<i>atovaquone</i>	74	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> ..	74	
<i>atropine sulfate</i>	39	
ATROVENT HFA.....	46	
<i>abra eq</i>	25	
AUGMENTIN.....	55	
AUGTYRO	68	
AUSTEDO.....	14	
AUSTEDO XR.....	14	
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	14, 15	
AUVELITY	61	
<i>aviane</i>	25	
AVONEX PEN	12	
AVONEX PREFILLED.....	12	
AYVAKIT	68	
<i>azathioprine</i>	33	
<i>azelaic acid</i>	17	
<i>azelastine hcl</i>	38, 45	
<i>azithromycin</i>	55, 56	
<i>aztreonam</i>	51, 52	
<i>azurette</i>	25	

B		
<i>bacitracin</i>	40	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	39	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	39	
<i>baclofen</i>	1	
<i>balsalazide disodium</i>	11	
BALVERSA	68	
<i>balziva</i>	25	
BAQSIMI ONE PACK.....	88	
BARACLUDE	82	
<i>bcg vaccine</i>	35	
BELSOMRA	15	
<i>benazepril hcl</i>	10	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	5	
BENLYSTA	31	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	17	
<i>benztropine mesylate</i>	3	
BESIVANCE.....	40	
BESREMI.....	33	
<i>betaine</i>	91	
<i>betamethasone dipropionate</i>	18	
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	17, 18	
<i>betamethasone valerate</i>	18	
BETASERON.....	12	
<i>betaxolol hcl</i>	4, 38	
<i>bethanechol chloride</i>	22	
<i>bexarotene</i>	74	
BEXSERO.....	35	
<i>bicalutamide</i>	67	
BICILLIN L-A.....	55	
BIKTARVY	80	
<i>bisoprolol fumarate</i>	4	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	6	
BIVIGAM	33	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	25	
BOOSTRIX.....	36	
BOSULIF.....	68, 69	
BRAFTOVI	69	
BREO ELLIPTA.....	43	
<i>breyana</i>	43	
BREZTRI AEROSPHERE .	43	
<i>briellyn</i>	25	
BRILINTA.....	84	
<i>brimonidine tartrate</i>	39	
BRIMONIDINE TARTRATE	39	
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	39	
BRIVIACT.....	60	
<i>bromfenac sodium</i>	41	
<i>bromocriptine mesylate</i>	3	
BRONCHITOL.....	43	
BRUKINSA.....	69	
<i>budesonide</i>	11, 46	
<i>budesonide er</i>	11	
<i>bumetanide</i>	9	
<i>buprenorphine</i>	49	
<i>buprenorphine hcl</i>	42	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	42, 43	
<i>bupropion hcl</i>	61	
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	42	
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	61	
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	61	
<i>bupirone hcl</i>	51	
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	15	
BYDUREON BCISE	86	
BYETTA 10 MCG PEN.....	86	
BYETTA 5 MCG PEN.....	86	
C		
<i>cabergoline</i>	30	
CABLIVI	84	
CABOMETYX.....	69	
<i>calcipotriene</i>	16	
<i>calcitonin (salmon)</i>	12	
<i>calcitriol</i>	12	
CALQUENCE.....	69	
<i>camila</i>	29	
<i>camrese lo</i>	25	
<i>candesartan cilexetil</i>	7	
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	6	
CAPLYTA.....	76	
CAPRELSA	69	
<i>captopril</i>	10	
<i>carbamazepine</i>	59	
<i>carbamazepine er</i>	59	
<i>carbidopa</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa er</i>	3	
<i>carglumic acid</i>	83	
<i>carteolol hcl</i>	39	
<i>cartia xt</i>	5	
<i>carvedilol</i>	4	
<i>caspofungin acetate</i>	65	
CASPOFUNGIN ACETATE	65	
CAYSTON.....	44	
<i>cefaclor</i>	53	
<i>cefadroxil</i>	53	
<i>cefazolin sodium</i>	53	
<i>cefdinir</i>	53	
<i>cefepime hcl</i>	53	
<i>cefixime</i>	53	
<i>cefotetan disodium</i>	53	
<i>cefoxitin sodium</i>	53	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	53	
<i>cefprozil</i>	53	
<i>ceftazidime</i>	53	
<i>ceftriaxone sodium</i>	53	
<i>cefuroxime axetil</i>	53	
<i>cefuroxime sodium</i>	53	
<i>celecoxib</i>	50	
<i>cephalexin</i>	54	
CERDELGA	91	
CHEMET	83	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	16	
<i>chloroquine phosphate</i>	74	
<i>chlorpromazine hcl</i>	75	
<i>chlorthalidone</i>	9	
CHOLBAM	91	
<i>cholestyramine</i>	8	
<i>cholestyramine light</i>	8	
<i>ciclopirox</i>	19	
<i>ciclopirox olamine</i>	19	
<i>cilostazol</i>	84	
CIMDUO.....	81	
<i>cinacalcet hcl</i>	12	
CINRYZE	32	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	40, 56	
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	56	
<i>citalopram hydrobromide</i> ...	62	
<i>claravis</i>	17	
<i>clarithromycin</i>	56	
<i>clarithromycin er</i>	56	
CLENPIQ	20	
CLIMARA PRO.....	25	
<i>clindacin etz</i>	52	
<i>clindamycin hcl</i>	52	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> ..	52	
<i>clindamycin phosphate</i> 19, 52		
<i>clobazam</i>	57	
<i>clobetasol propionate</i>	18	
<i>clobetasol propionate e</i>	18	
<i>clomipramine hcl</i>	63	

<i>clonazepam</i>	57	CYSTAGON	91	<i>diltiazem hcl er</i>	5
<i>clonidine</i>	7	CYSTARAN.....	39	<i>diltiazem hcl er beads</i>	5
<i>clonidine hcl</i>	7	D		<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	
<i>clopidogrel bisulfate</i>	84	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>		.....	5
<i>clorazepate dipotassium</i> ...	51	.....	85	<i>dilt-xr</i>	5
<i>clotrimazole</i>	65	<i>dalfampridine er</i>	12	<i>dimethyl fumarate</i>	12
<i>clotrimazole-betamethasone</i>		<i>danazol</i>	24	<i>dimethyl fumarate starter</i>	
.....	16	<i>dantrolene sodium</i>	1	<i>pack</i>	13
<i>clozapine</i>	75, 76	<i>dapsone</i>	64	<i>diphenoxylate-atropine</i>	20
COARTEM	74	DAPTACEL	36	<i>disulfiram</i>	43
COBENFY.....	15	<i>daptomycin</i>	52	<i>divalproex sodium</i>	57
COBENFY STARTER PACK		<i>darunavir</i>	79	<i>divalproex sodium er</i>	57
.....	15	<i>dasatinib</i>	69	<i>dofetilide</i>	7
<i>colchicine</i>	11	DAURISMO.....	69	<i>dolishale</i>	25
<i>colchicine-probenecid</i>	11	<i>deblitane</i>	29	<i>donepezil hcl</i>	1
<i>colestipol hcl</i>	8	<i>deferasirox</i>	83	DOPTELET	84
<i>colistimethate sodium (cba)</i>		<i>deferasirox granules</i>	83	<i>dorzolamide hcl</i>	39
.....	52	DELSTRIGO	81	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	
COMBIGAN.....	39	<i>demeclocycline hcl</i>	56	.....	39
COMBIVENT RESPIMAT .	43	DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>dotti</i>	25
COMETRIQ (100 MG DAILY		.....	29	DOTTI	25
DOSE).....	69	DESCOVY.....	81	DOVATO	80
COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>desipramine hcl</i>	63	<i>doxazosin mesylate</i>	22
DOSE).....	69	<i>desmopressin ace spray</i>		<i>doxepin hcl</i>	15, 63
COMETRIQ (60 MG DAILY		<i>refrig</i>	23	<i>doxy 100</i>	56
DOSE).....	69	<i>desmopressin acetate</i>	23	<i>doxycycline hyclate</i>	16, 56
COMFORT ASSIST INSULIN		<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>doxycycline monohydrate</i> ..	57
SYRINGE	48	.....	25	DRIZALMA SPRINKLE	62
COMPLERA.....	81	<i>desonide</i>	18	<i>dronabinol</i>	64
<i>compro</i>	64	<i>desoximetasone</i>	18	DROXIA	67
<i>constulose</i>	20	<i>desvenlafaxine succinate er</i>		<i>droxidopa</i>	7
COPIKTRA.....	69	.....	62	DULERA.....	43
COSENTYX	31	<i>dexamethasone</i>	23	<i>duloxetine hcl</i>	62
COSENTYX (300 MG DOSE)		<i>dexamethasone sodium</i>		DUPIXENT	31
.....	31	<i>phosphate</i>	41	<i>dutasteride</i>	22
COSENTYX SENSOREADY		<i>dextroamphetamine sulfate</i> 14		E	
(300 MG).....	31	<i>dextrose</i>	83	<i>econazole nitrate</i>	65
COSENTYX UNOREADY .	31	<i>dextrose-sodium chloride</i> ..	83	EDURANT	81
COTELLIC.....	69	DIACOMIT.....	57	<i>efavirenz</i>	81
CREON	91	<i>diazepam</i>	51, 57	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	
<i>cromolyn sodium</i> ...	38, 48, 91	<i>diazepam intensol</i>	51	.....	81
<i>cryselle-28</i>	25	<i>diazoxide</i>	88	<i>efavirenz-lamivudine-</i>	
CVS GAUZE STERILE	48	<i>diclofenac sodium</i> .	16, 41, 50	<i>tenofovir</i>	81
<i>cyanocobalamin</i>	84	<i>dicloxacillin sodium</i>	55	ELIQUIS	85
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	90	<i>dicyclomine hcl</i>	21	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
<i>cyclophosphamide</i>	66	DIFICID	56	PACK.....	85
<i>cycloserine</i>	64	<i>digoxin</i>	7	ELMIRON.....	22
<i>cyclosporine</i>	34, 39	<i>dihydroergotamine mesylate</i> 2		<i>eluryng</i>	25
<i>cyclosporine modified</i> ..	33, 34	DILANTIN.....	59	EMGALITY	2
<i>cyproheptadine hcl</i>	45	<i>diltiazem hcl</i>	5		

EMGALITY (300 MG DOSE)	EUCRISA	18	<i>fluticasone propionate</i> .	19, 46
.....	<i>euthyrox</i>	24	<i>fluticasone-salmeterol</i>	44
EMSAM	<i>everolimus</i>	34, 69	<i>fluvastatin sodium</i>	8
<i>emtricitabine</i>	EVOTAZ.....	79	<i>fluvastatin sodium er</i>	8
<i>emtricitabine-tenofovir df</i> ...	EVRYSDI	91	<i>fluvoxamine maleate</i>	62
EMTRIVA	EXEL COMFORT POINT		<i>folic acid</i>	84
<i>enalapril maleate</i>	PEN NEEDLE	48	<i>fondaparinux sodium</i>	85
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	<i>exemestane</i>	68	FORTEO	12
.....	<i>ezetimibe</i>	9	<i>fosamprenavir calcium</i>	79
ENBREL.....	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	9	<i>fosinopril sodium</i>	10
ENBREL MINI	F		<i>fosinopril sodium-hctz</i>	6
ENBREL SURECLICK	<i>falmina</i>	26	FOTIVDA.....	69
<i>endocet</i>	<i>famciclovir</i>	79	FRAGMIN.....	85
ENGERIX-B	<i>famotidine</i>	21	FRUZAQLA	69
<i>enilloring</i>	FANAPT	76	<i>furosemide</i>	9
<i>enoxaparin sodium</i>	FANAPT TITRATION PACK		FUZEON	80
<i>enpresse-28</i> .....	.....	76	<i>fyavolv</i>	26
<i>entacapone</i>	FARXIGA	10	FYCOMPA	60
<i>entecavir</i>	FASENRA	44	G	
ENTRESTO.....	FASENRA PEN.....	43	<i>gabapentin</i>	57, 58
<i>enulose</i>	<i>felbamate</i>	60	<i>galantamine hydrobromide</i> ..	1
ENVARSUS XR	<i>felodipine er</i>	4	<i>galantamine hydrobromide er</i>	
EPIDIOLEX.....	<i>fenofibrate</i>	8	.....	1
<i>epinephrine</i>	<i>fenofibrate micronized</i>	8	<i>gallifrey</i>	29
<i>epitol</i>	<i>fenofibric acid</i>	8	GARDASIL 9	36
<i>eplerenone</i>	<i>fentanyl</i>	49	<i>gatifloxacin</i>	41
EPRONTIA.....	FETZIMA.....	62	<i>gavilyte-c</i>	20
<i>ergotamine-caffeine</i>	FETZIMA TITRATION	62	<i>gavilyte-g</i>	21
ERIVEDGE.....	FINACEA.....	17	GAVRETO.....	69
ERLEADA	<i>finasteride</i>	22	<i>gefitinib</i>	69
<i>erlotinib hcl</i>	<i> fingolimod hcl</i>	13	<i>gemfibrozil</i>	8
<i>errin</i>	FINTEPLA	60	GEMTESA.....	22
<i>ertapenem sodium</i>	FIRMAGON	30	<i>generlac</i>	20
<i>ery</i>	FIRMAGON (240 MG DOSE)		<i>gengraf</i>	34
<i>erythromycin</i>.....	.....	30	GENOTROPIN	23
<i>escitalopram oxalate</i>	FLAREX	41	GENOTROPIN MINIQUICK	
<i>esomeprazole magnesium</i> 21	<i>flecainide acetate</i>	7	.....	23
<i>estarylla</i>	<i>fluconazole</i>	65	<i>gentamicin sulfate</i>	41, 51
<i>estradiol</i>	<i>fluconazole in sodium</i>		GENVOYA	80
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	<i>chloride</i>	65	GILOTRIF.....	69
.....	<i>flucytosine</i>	65	<i>glatiramer acetate</i>	13
ESTRING	<i>fludrocortisone acetate</i>	23	GLEOSTINE.....	66
ESZOPICLONE.....	<i>fluocinolone acetonide</i>	18	<i>glimepiride</i>	86
<i>ethambutol hcl</i>	<i>fluocinonide</i>	18	<i>glipizide</i>	86
<i>ethosuximide</i>	<i>fluorouracil</i>	16	<i>glipizide er</i>	86
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	<i>fluoxetine hcl</i>	62	<i>glipizide-metformin hcl</i>	86
.....	<i>fluphenazine decanoate</i>	75	GLOBAL ALCOHOL PREP	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	<i>fluphenazine hcl</i>	75	EASE	48
.....	<i>flurbiprofen</i>	50	GLUCAGON EMERGENCY	
<i>etravirine</i>	<i>flurbiprofen sodium</i>	41	.....	88

<i>glyburide</i>	87	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>		<i>irbesartan-</i>	
<i>glyburide-metformin</i>	87	.....	49	<i>hydrochlorothiazide</i>	6
<i>glycopyrrolate</i>	21	<i>hydrocortisone</i>	11, 19, 23	ISENTRESS	80, 81
GLYXAMBI.....	87	<i>hydrocortisone (perianal)</i> ...	11	ISENTRESS HD.....	80
<i>griseofulvin microsized</i>	65	<i>hydrocortisone valerate</i>	19	<i>isoniazid</i>	64
<i>griseofulvin ultramicrosized</i> ..	65	<i>hydromorphone hcl</i>	49	<i>isosorbide dinitrate</i>	10
<i>guanfacine hcl er</i>	14	<i>hydromorphone hcl pf</i>	49	<i>isosorbide mononitrate</i>	10
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		<i>hydroxychloroquine sulfate</i> 74		<i>isosorbide mononitrate er</i> ..	10
.....	88	<i>hydroxyurea</i>	67	<i>isotretinoin</i>	17
GVOKE KIT.....	88	<i>hydroxyzine hcl</i>	45	ISTURISA.....	23
GVOKE PFS	88	<i>hydroxyzine pamoate</i>	45	ITOVEBI	67
H		I		<i>itraconazole</i>	65
<i>halobetasol propionate</i>	19	<i>ibandronate sodium</i>	12	<i>ivabradine hcl</i>	6
<i>haloette</i>	26	IBRANCE	67, 70	<i>ivermectin</i>	74
<i>haloperidol</i>	75	<i>ibu</i>	50	IWILFIN	67
<i>haloperidol decanoate</i>	75	<i>ibuprofen</i>	50	IXCHIQ.....	36
<i>haloperidol lactate</i>	75	<i>icatibant acetate</i>	32	IXIARO	36
HAVRIX.....	36	<i>iclevia</i>	26	J	
<i>heather</i>	29	ICLUSIG.....	70	JAKAFI	70
<i>heparin sodium (porcine)</i> ..	85	<i>icosapent ethyl</i>	9	<i>jantoven</i>	85
HEPLISAV-B.....	36	IDHIFA	70	JANUMET	87
HIBERIX.....	36	<i>imatinib mesylate</i>	70	JANUMET XR	87
HUMALOG	88, 89	IMBRUVICA	70	JANUVIA	87
HUMALOG JUNIOR		<i>imipenem-cilastatin</i>	55	JARDIANCE	10
KWIKPEN	88	<i>imipramine hcl</i>	63	JAYPIRCA.....	70
HUMALOG KWIKPEN	89	<i>imiquimod</i>	16	JENTADUETO	87
HUMALOG MIX 50/50		IMOVAX RABIES	36	JENTADUETO XR	87
KWIKPEN	89	IMPAVIDO.....	52	<i>jinteli</i>	26
HUMALOG MIX 75/25.....	89	INBRIJA	3	JUBLIA	65
HUMALOG MIX 75/25		<i>incassia</i>	29	JULUCA	81
KWIKPEN	89	INCRELEX	23	<i>junel 1.5/30</i>	26
HUMATIN.....	51	INCRUSE ELLIPTA.....	46	<i>junel 1/20</i>	26
HUMIRA (2 PEN)	34	<i>indapamide</i>	9	<i>junel fe 1.5/30</i>	26
HUMIRA (2 SYRINGE)	34	<i>indomethacin</i>	50	<i>junel fe 1/20</i>	26
HUMIRA-CD/UC/HS		<i>indomethacin er</i>	50	JYLAMVO	35
STARTER.....	34	INFANRIX	36	JYNNEOS	36
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		INGREZZA.....	15	K	
STARTER.....	35	INLYTA.....	70	KALYDECO.....	44
HUMULIN 70/30.....	89	INQOVI.....	70	<i>kariva</i>	26
HUMULIN 70/30 KWIKPEN		INREBIC.....	67	<i>kelnor 1/35</i>	26
.....	89	<i>insulin lispro</i>	89	<i>kelnor 1/50</i>	26
HUMULIN N	89	INTELENCE	81	KERENDIA.....	7
HUMULIN N KWIKPEN.....	89	<i>introvale</i>	26	KESIMPTA	13
HUMULIN R	89	INVEGA HAFYERA.....	76	<i>ketoconazole</i>	65
HUMULIN R U-500		INVEGA SUSTENNA ..	76, 77	<i>ketorolac tromethamine</i>	41,
(CONCENTRATED)	89	INVEGA TRINZA.....	77	50	
HUMULIN R U-500		IPOL	36	KINERET.....	31
KWIKPEN	89	<i>ipratropium bromide</i>	47	KINRIX	36
<i>hydralazine hcl</i>	11	<i>ipratropium-albuterol</i>	44	KIONEX.....	82
<i>hydrochlorothiazide</i>	9	<i>irbesartan</i>	7	KISQALI (200 MG DOSE) .	70

KISQALI (400 MG DOSE) . 70	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 71	<i>lopinavir-ritonavir</i> 79
KISQALI (600 MG DOSE) . 70	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 71	<i>lorazepam</i> 51
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 67	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 71	<i>lorazepam intensol</i> 51
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 67	<i>lessina</i> 26	LORBRENA 71
<i>klor-con</i> 83	<i>letrozole</i> 68	<i>losartan potassium</i> 7
<i>klor-con 10</i> 83	<i>leucovorin calcium</i> 68	<i>losartan potassium-hctz</i> 6
<i>klor-con m10</i> 83	<i>leuprolide acetate</i> 30	LOTEMAX SM 41
<i>klor-con m15</i> 83	<i>levabuterol hcl</i> 47	<i>lovastatin</i> 8
<i>klor-con m20</i> 83	<i>levallbuterol tartrate</i> 47	<i>low-ogestrel</i> 27
KOSELUGO 70	<i>levetiracetam</i> 60	<i>loxapine succinate</i> 75
<i>kourzeq</i> 16	<i>levetiracetam er</i> 60	<i>lubiprostone</i> 20
KRAZATI 70	<i>levobunolol hcl</i> 39	LUMAKRAS 71
<i>kurvelo</i> 26	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> 45	LUMIGAN 40
L	<i>levofloxacin</i> 56	LUPRON DEPOT (1-MONTH) 30
<i>labetalol hcl</i> 4	<i>levofloxacin in d5w</i> 56	LUPRON DEPOT (3-MONTH) 30
<i>lacosamide</i> 59	<i>levonest</i> 26	LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30
<i>lactulose</i> 20	<i>levonorgest-eth est & eth est</i> 27	LUPRON DEPOT (6-MONTH) 30
LAGEVRIO 78	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> 27	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 30
<i>lamivudine</i> 82	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 27	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 30
<i>lamivudine-zidovudine</i> 82	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 27	<i>lurasidone hcl</i> 77
<i>lamotrigine</i> 60	<i>levora 0.15/30 (28)</i> 27	<i>lutea</i> 27
<i>lamotrigine starter kit-blue</i> . 60	<i>levothyroxine sodium</i> 24	LYBALVI 77
<i>lamotrigine starter kit-green</i> 60	<i>levoxyl</i> 24	<i>lyleq</i> 29
<i>lamotrigine starter kit-orange</i> 60	<i>l-glutamine</i> 91	<i>lyllana</i> 27
<i>lansoprazole</i> 21	LIBERVANT 58	LYNPARZA 71
LANTUS 89	<i>lidocaine</i> 50	LYSODREN 68
LANTUS SOLOSTAR 89	<i>lidocaine viscous hcl</i> 16	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 71
<i>lapatinib ditosylate</i> 70	<i>lidocaine-prilocaine</i> 50	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 71
<i>larin 1.5/30</i> 26	LILETTA (52 MG) 29	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 71
<i>larin 1/20</i> 26	<i>linezolid</i> 52	LYUMJEV 89
<i>larin fe 1.5/30</i> 26	LINZESS 20	LYUMJEV KWIKPEN 89
<i>larin fe 1/20</i> 26	<i>liothyronine sodium</i> 24	<i>lyza</i> 29
<i>latanoprost</i> 40	<i>lisinopril</i> 10	M
LAZCLUZE 67	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> 6	<i>magnesium sulfate</i> 83
<i>leflunomide</i> 35	<i>lithium</i> 42	<i>malathion</i> 20
<i>lenalidomide</i> 66	<i>lithium carbonate</i> 42	<i>maraviroc</i> 80
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 70	<i>lithium carbonate er</i> 42	<i>marlissa</i> 27
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 70	LIVMARLI 21	MARPLAN 61
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 70	LIVTENCITY 78	MATULANE 66
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 71	LOKELMA 82	MAVYRET 79
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 71	LONSURF 68	MAYZENT 13
	<i>loperamide hcl</i> 20	

MAYZENT STARTER PACK	<i>modafinil</i>	15	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	
.....	<i>moexipril hcl</i>	10	.....	9
<i>meclizine hcl</i>	<i>molindone hcl</i>	75	NICOTROL NS.....	42
<i>medroxyprogesterone</i>	<i>mometasone furoate</i> ...	19, 46	<i>nifedipine er</i>	4
<i>acetate</i>	<i>montelukast sodium</i>	46	<i>nifedipine er osmotic release</i>	
<i>mefloquine hcl</i>	<i>morphine sulfate</i>	49	.....	4
<i>megestrol acetate</i>	<i>morphine sulfate</i>		<i>nilutamide</i>	67
MEKINIST.....	(<i>concentrate</i>).....	49	<i>nimodipine</i>	4
MEKTOVI.....	<i>morphine sulfate er</i>	49	NINLARO.....	71
<i>meloxicam</i>	MOTEGRITY.....	20	<i>nitazoxanide</i>	74
<i>memantine hcl</i>	MOUNJARO.....	87	<i>nitisinone</i>	91
MENACTRA.....	<i>moxifloxacin hcl</i>	41, 56	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	52
<i>menquadfi</i>	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	56	<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
MENVEO.....	MRESVIA.....	37	<i>macro</i>	52
<i>mercaptapurine</i>	<i>mupirocin</i>	20	<i>nitroglycerin</i>	10
<i>meropenem</i>	<i>mupirocin calcium</i>	20	NITROGLYCERIN.....	21
<i>mesalamine</i>	<i>mycophenolate mofetil</i>	35	<i>nizatidine</i>	21
<i>mesalamine er</i>	<i>mycophenolate sodium</i>	35	<i>nora-be</i>	29
MESNEX.....	MYRBETRIQ.....	22	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	
<i>metformin hcl</i>	N		.....	27
<i>metformin hcl er</i>	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	21	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	27
<i>methadone hcl</i>	<i>nabumetone</i>	50	<i>norethindrone</i>	29
<i>methimazole</i>	<i>nadolol</i>	4	<i>norethindrone acetate</i>	29
<i>methocarbamol</i>	<i>nafcillin sodium</i>	55	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	
<i>methotrexate sodium</i>	<i>naloxone hcl</i>	42	.....	27
<i>methotrexate sodium (pf)</i> ..	<i>naltrexone hcl</i>	43	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	27
<i>methsuximide</i>	NAMZARIC.....	1	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	27
<i>methylphenidate hcl</i>	<i>naproxen</i>	50	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	
<i>methylprednisolone</i>	<i>naproxen dr</i>	50	.....	27
<i>metoclopramide hcl</i>	<i>nateglinide</i>	87	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	27
<i>metolazone</i>	NAYZILAM.....	60	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	28
<i>metoprolol succinate er</i>	<i>nebivolol hcl</i>	4	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	28
<i>metoprolol tartrate</i>	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	27	<i>nortrel 7/7/7</i>	28
<i>metronidazole</i>	<i>nefazodone hcl</i>	62	<i>nortriptyline hcl</i>	63
<i>metyrosine</i>	<i>neomycin sulfate</i>	51	NORVIR.....	80
<i>mexiletine hcl</i>	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>		NOVOLIN 70/30.....	90
<i>microgestin 1.5/30</i>	<i>polymyx</i>	39	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	
<i>microgestin 1/20</i>	<i>neomycin-polymyxin-</i>		.....	90
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	<i>dexameth</i>	39, 40	NOVOLIN N.....	90
<i>microgestin fe 1/20</i>	<i>neomycin-polymyxin-</i>		NOVOLIN N FLEXPEN.....	90
<i>midodrine hcl</i>	<i>gramicidin</i>	40	NOVOLIN R.....	90
<i>mifepristone</i>	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	41	NOVOLIN R FLEXPEN.....	90
<i>miglustat</i>	<i>neo-polycin</i>	40	NOVOLOG.....	90
<i>mili</i>	<i>neo-polycin hc</i>	40	NOVOLOG FLEXPEN.....	90
<i>mimvey</i>	NERLYNX.....	71	NOVOLOG MIX 70/30.....	90
<i>minocycline hcl</i>	NEULASTA.....	85	NOVOLOG MIX 70/30	
<i>minoxidil</i>	<i>nevirapine</i>	81	FLEXPEN.....	90
<i>mirtazapine</i>	<i>nevirapine er</i>	81	NOVOLOG PENFILL.....	90
<i>misoprostol</i>	NEXPLANON.....	29	NUBEQA.....	67
M-M-R II.....			NUCALA.....	44

NUEDEXTA.....	15	OZEMPIC (2 MG/DOSE)...	87	PIQRAY (300 MG DAILY	
NUPLAZID	77	P		DOSE)	72
NUTRILIPID	48	PACERONE	8	<i>pirfenidone</i>	44
<i>nyamyc</i>	65	<i>paliperidone er</i>	77	PIRFENIDONE.....	44
<i>nylia 1/35</i>	28	PANRETIN	74	<i>piroxicam</i>	50
<i>nylia 7/7/7</i>	28	<i>pantoprazole sodium</i>	21	<i>pitavastatin calcium</i>	8
<i>nystatin</i>	66	<i>paricalcitol</i>	12	PLENAMINE	83
<i>nystatin-triamcinolone</i>	16	<i>paroxetine hcl</i>	62, 63	<i>podofilox</i>	16
<i>nystop</i>	66	PAXLOVID (150/100).....	78	<i>polycin</i>	40
O		PAXLOVID (300/100).....	78	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> ..	40
<i>octreotide acetate</i>	30	<i>pazopanib hcl</i>	71	POMALYST.....	66
ODEFSEY	82	PEDIARIX	37	<i>portia-28</i>	28
ODOMZO	71	PEDVAX HIB.....	37	<i>posaconazole</i>	66
OFEV	44	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>		<i>potassium chloride</i>	84
<i>ofloxacin</i>	41	.....	21	<i>potassium chloride crys er</i> 83,	84
OGSIVEO.....	68	<i>peg-3350/electrolytes</i>	21	<i>potassium chloride er</i>	84
OJEMDA.....	68	PEGASYS	33, 35	<i>potassium citrate er</i>	84
OJJAARA.....	71	PEMAZYRE	71	PRALUENT	9
<i>olanzapine</i>	77	PENBRAYA.....	37	<i>pramipexole dihydrochloride</i> 3	
<i>olmesartan medoxomil</i>	7	<i>penicillamine</i>	83	<i>prasugrel hcl</i>	84
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> 6		<i>penicillin g sodium</i>	55	<i>pravastatin sodium</i>	8
<i>omega-3-acid ethyl esters</i> ... 9		<i>penicillin v potassium</i>	55	<i>praziquantel</i>	74
<i>omeprazole</i>	21	PENTACEL	37	<i>prazosin hcl</i>	4
<i>ondansetron</i>	64	<i>pentamidine isethionate</i>	74	<i>prednisolone</i>	24
<i>ondansetron hcl</i>	64	<i>pentoxifylline er</i>	6	<i>prednisolone acetate</i>	41
ONUREG	68	<i>perindopril erbumine</i>	10	<i>prednisolone sodium</i>	
OPSUMIT.....	45	<i>permethrin</i>	20	<i>phosphate</i>	24
OPVEE.....	42	<i>perphenazine</i>	75	<i>prednisone</i>	24
ORENCIA.....	31	PERSERIS	77	PREFERRED PLUS	
ORENCIA CLICKJECT	31	<i>phenelzine sulfate</i>	61	INSULIN SYRINGE	48
ORENITRAM.....	45	<i>phenobarbital</i>	58	<i>pregabalin</i>	58
ORENITRAM MONTH 1 ...	45	PHENYTEK.....	59	PREHEVBRIO.....	37
ORENITRAM MONTH 2 ...	45	<i>phenytoin</i>	59	PREMARIN	28
ORENITRAM MONTH 3 ...	45	<i>phenytoin sodium extended</i>		PREMPHASE.....	28
ORGOVYX.....	30	.....	59	PREMPRO	28
ORKAMBI.....	44	PIFELTRO.....	81	<i>prenatal</i>	84
<i>orphenadrine citrate er</i>	91	<i>pilocarpine hcl</i>	16, 39	<i>prevalite</i>	9
ORSERDU	67	<i>pimecrolimus</i>	19	PREVYMIS.....	78
<i>oseltamivir phosphate</i> . 78, 79		<i>pimozide</i>	75	PREZCOBIX	80
OSPHENA.....	24	<i>pimtrea</i>	28	PREZISTA.....	80
OTEZLA	16, 31	<i>pindolol</i>	4	PRIFTIN	64
<i>oxaprozin</i>	50	<i>pioglitazone hcl</i>	87	<i>primaquine phosphate</i>	74
<i>oxcarbazepine</i>	59	<i>pioglitazone hcl-metformin</i>		<i>primidone</i>	58
<i>oxybutynin chloride</i>	22	<i>hcl</i>	87	PRIORIX	37
<i>oxybutynin chloride er</i>	22	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>		PRIVIGEN.....	33
<i>oxycodone hcl</i>	49	<i>so</i>	55	PROAIR RESPICLICK	48
<i>oxycodone-acetaminophen</i> 50		PIQRAY (200 MG DAILY		<i>probenecid</i>	11
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		DOSE)	71	<i>prochlorperazine</i>	64
MG/DOSE)	87	PIQRAY (250 MG DAILY		<i>prochlorperazine maleate</i> ..	64
OZEMPIC (1 MG/DOSE) ..	87	DOSE)	72		

PROCRIT.....	86	RECOMBIVAX HB.....	37	S	
<i>procto-med hc</i>	11	RELI-ON INSULIN SYRINGE		<i>sajazir</i>	32
<i>proctosol hc</i>	11	.....	48	SANTYL.....	16
<i>proctozone-hc</i>	11	RELISTOR.....	20	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	
<i>progesterone</i>	29	<i>repaglinide</i>	87	.....	91, 92
PROGRAF.....	35	REPATHA.....	9	SAVELLA.....	13
PROLASTIN-C.....	91	REPATHA PUSHTRONEX		SAVELLA TITRATION PACK	
PROLIA.....	12	SYSTEM.....	9	.....	14
PROMACTA.....	86	REPATHA SURECLICK.....	9	SCSEMBLIX.....	72
<i>promethazine hcl</i>	64	RESTASIS.....	40	<i>scopolamine</i>	64
<i>promethegan</i>	64	RESTASIS MULTIDOSE... 40		SECUADO.....	78
<i>propafenone hcl</i>	8	RETACRIT.....	86	<i>selegiline hcl</i>	3
<i>propranolol hcl</i>	4	RETEVMO.....	72	<i>selenium sulfide</i>	19
<i>propranolol hcl er</i>	4	REVCОВI.....	91	SELZENTRY.....	80
<i>propylthiouracil</i>	30	REVLIMID.....	66	SEREVENT DISKUS.....	48
PROQUAD.....	37	REXULTI.....	77	<i>sertraline hcl</i>	63
<i>protriptyline hcl</i>	63	REYATAZ.....	80	<i>setlakin</i>	28
PULMOZYME.....	45	REZLIDHIA.....	72	<i>sharobel</i>	29
PURIXAN.....	67	REZUROCK.....	35	SHINGRIX.....	38
<i>pyrazinamide</i>	64	RHOPRESSA.....	39	SIGNIFOR.....	30
<i>pyridostigmine bromide</i>	1	<i>ribavirin</i>	79	<i>sildenafil citrate</i>	22, 45
<i>pyrimethamine</i>	74	<i>rifabutin</i>	64	<i>silver sulfadiazine</i>	16
PYRUKYND.....	91	<i>rifampin</i>	64, 65	SIMBRINZA.....	40
PYRUKYND TAPER PACK		<i>riluzole</i>	15	<i>simvastatin</i>	8
.....	91	RINVOQ.....	32	<i>sirolimus</i>	35
Q		RINVOQ LQ.....	31	SIRTURO.....	65
QINLOCK.....	72	<i>risedronate sodium</i>	12	SKYCLARYS.....	48
QUADRACEL.....	37	<i>risperidone</i>	78	SKYRIZI.....	32
<i>quetiapine fumarate</i>	77	<i>risperidone microspheres er</i>		SKYRIZI PEN.....	32
<i>quetiapine fumarate er</i>	77	.....	77, 78	<i>sodium chloride</i>	48, 84
<i>quinapril hcl</i>	10	<i>ritonavir</i>	80	<i>sodium oxybate</i>	15
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>rivastigmine</i>	1	<i>sodium phenylbutyrate</i>	92
.....	6	<i>rivastigmine tartrate</i>	1	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	
<i>quinidine sulfate</i>	8	<i>rivelsa</i>	28	.....	83
<i>quinine sulfate</i>	74	<i>rizatriptan benzoate</i>	2	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	79
QULIPTA.....	2	ROCKLATAN.....	40	<i>solifenacin succinate</i>	22
QVAR REDHALER.....	46	<i>roflumilast</i>	48	SOLIQUA.....	88
R		<i>ropinirole hcl</i>	3	SOLTAMOX.....	67
RABAVERT.....	37	<i>rosuvastatin calcium</i>	8	SOMAVERT.....	30
<i>rabeprazole sodium</i>	22	ROTARIX.....	37	<i>sorafenib tosylate</i>	72
<i>raloxifene hcl</i>	24	ROTATEQ.....	37	<i>sotalol hcl</i>	8
<i>ramipril</i>	10	<i>roweepa</i>	60	<i>sotalol hcl (af)</i>	8
<i>ranolazine er</i>	6	ROZLYTREK.....	72	SOTYKTU.....	16
<i>rasagiline mesylate</i>	3	RUBRACA.....	72	SPEVIGO.....	19
RAYALDEE.....	12	<i>rufinamide</i>	59	SPIRIVA RESPIMAT.....	47
REBIF.....	13	RUKOBIA.....	80	<i>spironolactone</i>	7
REBIF REBIDOSE.....	13	RYBELSUS.....	87, 88	<i>spironolactone-hctz</i>	6
REBIF REBIDOSE		RYDAPT.....	72	<i>sprintec 28</i>	28
TITRATION PACK.....	13	RYTARY.....	3	SPRITAM.....	60
REBIF TITRATION PACK.....	13			SPRYCEL.....	72

<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	TAZVERIK.....	72	<i>tramadol-acetaminophen</i> ...	50
.....	TDVAX	38	<i>trandolapril</i>	10
<i>sronyx</i>	TEFLARO.....	54	<i>tranexamic acid</i>	84
<i>ssd</i>	<i>telmisartan</i>	7	<i>tranylcypromine sulfate</i>	61
STELARA.....	<i>telmisartan-hctz</i>	6	<i>trazodone hcl</i>	63
STIOLTO RESPIMAT	<i>temazepam</i>	15	TRECATOR	65
STIVARGA.....	TENIVAC.....	38	TRELEGY ELLIPTA	44
<i>streptomycin sulfate</i>	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		TRELSTAR MIXJECT .30, 31	
STRIBILD.....	.....	82	TRESIBA.....	90
<i>subvenite</i>	TEPMETKO	73	TRESIBA FLEXTOUCH ...	90
<i>subvenite starter kit-blue</i> ...	<i>terazosin hcl</i>	22	<i>tretinoin</i>	17, 74
<i>subvenite starter kit-green</i> .	<i>terbinafine hcl</i>	66	<i>triamcinolone acetonide</i> ...	16,
<i>subvenite starter kit-orange</i>	<i>terconazole</i>	66	19	
.....	<i>teriparatide</i>	12	<i>triamterene</i>	9
SUCRAID.....	<i>testosterone</i>	25	<i>triamterene-hctz</i>	6
<i>sucralfate</i>	<i>testosterone cypionate</i>	25	<i>triderm</i>	19
<i>sulfacetamide sodium</i>	<i>testosterone enanthate</i>	25	<i>trientine hcl</i>	83
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	<i>tetrabenazine</i>	15	<i>tri-estarylla</i>	28
.....	<i>tetracycline hcl</i>	57	<i>trifluoperazine hcl</i>	75
<i>sulfadiazine</i>	THALOMID.....	66	<i>trifluridine</i>	41
<i>sulfamethoxazole-</i>	<i>theophylline er</i>	48	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	3
<i>trimethoprim</i>	THEOPHYLLINE ER.....	48	TRIJARDY XR.....	88
<i>sulfasalazine</i>	<i>thioridazine hcl</i>	75	TRIKAFTA.....	45
<i>sulindac</i>	<i>thiothixene</i>	75	<i>trimethoprim</i>	52
<i>sumatriptan</i>	<i>tiadylt er</i>	5	<i>tri-mili</i>	28
<i>sumatriptan succinate</i>	<i>tiagabine hcl</i>	58	<i>trimipramine maleate</i>	63
<i>sumatriptan succinate refill</i> ..	TIBSOVO	73	TRINTELLIX.....	63
<i>sunitinib malate</i>	TICOVAC	38	<i>tri-sprintec</i>	28
SUNLENCA.....	<i>tigecycline</i>	52	TRIUMEQ.....	82
SUTAB	<i>timolol maleate</i>	3, 39	TRIUMEQ PD.....	82
SYMPAZAN	<i>tinidazole</i>	52	<i>trivora (28)</i>	28
SYMTUZA.....	<i>tiotropium bromide</i>		<i>tri-vylibra</i>	28
SYNJARDY.....	<i>monohydrate</i>	47	TRULICITY.....	88
SYNJARDY XR.....	TIVICAY	81	TRUMENBA	38
T	TIVICAY PD	81	TRUQAP	73
TABRECTA.....	<i>tizanidine hcl</i>	1	TUKYSA.....	73
<i>tacrolimus</i>	TOBI PODHALER.....	45	TURALIO.....	73
<i>tadalafil</i>	<i>tobramycin</i>	41, 45	<i>turqoz</i>	28
<i>tadalafil (pah)</i>	<i>tobramycin sulfate</i>	51	TWINRIX	38
TAFINLAR.....	<i>tobramycin-dexamethasone</i>		TYBOST	80
TAGRISO.....	.....	40	TYMLOS	12
TALZENNA	<i>topiramate</i>	61	TYPHIM VI	38
<i>tamoxifen citrate</i>	<i>toremifene citrate</i>	67	TYRVAYA	42
<i>tamsulosin hcl</i>	<i>torpenz</i>	73	U	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	<i>torse mide</i>	9	UBRELVY	2
TASIGNA	TOUJEO MAX SOLOSTAR		UDENYCA.....	86
TAVNEOS.....	.....	90	<i>unithroid</i>	24
<i>tazarotene</i>	TOUJEO SOLOSTAR	90	<i>ursodiol</i>	21
<i>tazicef</i>	TRADJENTA	88	V	
TAZICEF	<i>tramadol hcl</i>	50	<i>valacyclovir hcl</i>	79

VALCHLOR.....	66	VOSEVI.....	79	XPOVIO (60 MG TWICE	
<i>valganciclovir hcl</i>	78	VOWST.....	21	WEEKLY).....	73
<i>valproic acid</i>	61	VRAYLAR.....	78	XPOVIO (80 MG ONCE	
<i>valsartan</i>	7	VUMERITY.....	13	WEEKLY).....	73
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>vyfemla</i>	28	XPOVIO (80 MG TWICE	
.....	6	<i>vylibra</i>	28	WEEKLY).....	74
VALTOCO 10 MG DOSE ..	58	VYNDAMAX.....	6	XTAMPZA ER.....	49
VALTOCO 15 MG DOSE ..	58	VYZULTA.....	40	XTANDI.....	67
VALTOCO 20 MG DOSE ..	58	W		<i>xulane</i>	28
VALTOCO 5 MG DOSE ...	58	<i>warfarin sodium</i>	85	Y	
<i>vancomycin hcl</i>	52	WELIREG.....	92	YARGESA.....	92
VANFLYTA.....	73	<i>wixela inhub</i>	44	YF-VAX.....	38
VAQTA.....	38	X		YUPELRI.....	47
<i>varenicline tartrate</i>	42	XALKORI.....	73	<i>yuvafem</i>	28
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	42	XARELTO.....	85	Z	
VARIVAX.....	38	XARELTO STARTER PACK		<i>zafemy</i>	29
VAXCHORA.....	38	.....	85	<i>zafirlukast</i>	46
VELTASSA.....	83	XATMEP.....	35	<i>zaleplon</i>	15, 16
VENCLEXTA.....	73	XCOPRI.....	59	ZARXIO.....	86
VENCLEXTA STARTING		XCOPRI (250 MG DAILY		ZEJULA.....	74
PACK.....	73	DOSE).....	59	ZELBORAF.....	74
<i>venlafaxine hcl</i>	63	XCOPRI (350 MG DAILY		<i>zenatane</i>	17
<i>venlafaxine hcl er</i>	63	DOSE).....	59	ZENPEP.....	92
VEOZAH.....	15	XDEMVY.....	41	ZEPOSIA.....	13
<i>verapamil hcl</i>	5	XELJANZ.....	32	ZEPOSIA 7-DAY STARTER	
<i>verapamil hcl er</i>	5	XELJANZ XR.....	32	PACK.....	13
VERQUVO.....	10	XERMELO.....	20	ZEPOSIA STARTER KIT ..	13
VERSACLOZ.....	76	XGEVA.....	12	<i>zidovudine</i>	82
VERZENIO.....	73	XIFAXAN.....	21	<i>ziprasidone hcl</i>	78
<i>vienna</i>	28	XIGDUO XR.....	88	<i>ziprasidone mesylate</i>	78
<i>vigabatrin</i>	58	XIIDRA.....	40	ZIRGAN.....	41
<i>vigadrone</i>	58	XOFLUZA (40 MG DOSE)	79	ZOLINZA.....	68
VIGAFYDE.....	58	XOFLUZA (80 MG DOSE)	79	<i>zolmitriptan</i>	2
<i>vigpoder</i>	58	XOLAIR.....	32	<i>zolpidem tartrate</i>	16
<i>vilazodone hcl</i>	63	XOLREMDI.....	86	<i>zolpidem tartrate er</i>	16
VIRACEPT.....	80	XOSPATA.....	73	ZONISADE.....	59
VIREAD.....	82	XPOVIO (100 MG ONCE		<i>zonisamide</i>	60
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i> ...	84	WEEKLY).....	73	<i>zovia 1/35 (28)</i>	29
VITRAKVI.....	73	XPOVIO (40 MG ONCE		ZTALMY.....	58
VIVITROL.....	43	WEEKLY).....	73	ZURZUVAE.....	61
VIZIMPRO.....	73	XPOVIO (40 MG TWICE		ZYDELIG.....	74
VONJO.....	68	WEEKLY).....	73	ZYKADIA.....	74
VORANIGO.....	68	XPOVIO (60 MG ONCE		ZYLET.....	40
<i>voriconazole</i>	66	WEEKLY).....	73		

MÉTODO	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAMAR	<p>1-866-535-8343</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales.</p>
FAX	713-442-5450
ESCRIBE	<p>KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832</p>
SITIO WEB	www.KelseyCareAdvantage.com

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare.

MÉTODO	Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto
LLAMAR	1-800-252-9240
TTY	<p>1-800-735-2989</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p>
ESCRIBE	<p>701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751</p>
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Este formulario se actualizó el 01/02/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Optum Rx al 1-800-707-8194 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana o visite www.KelseyCareAdvantage.com.

Declaración de divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938- 1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.