

# Formulario 2024



**CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) y CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubre a los miembros en condados selectos de Texas y New Mexico.**



**MÉTODO** **SERVICIOS PARA MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO**

<b>LLAME A</b>	<p>(844)-282-3026 - Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El Departamento de Servicios para Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (CST) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (CST), del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Los mensajes que haya dejado se responderán en el plazo de un día laboral.</p> <p>Los Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 Relay New Mexico and Texas</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios de Miembros están disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8 a.m a 8 p.m (CST), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (CST) del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
<b>FAX</b>	469.282.3013
<b>ESCRIBA A</b>	CHRISTUS Health Advantage, Attention: Member Services P.O. Box 169001 Irving   TX 75016
<b>SITO WEB</b>	CHRISTUShealthplan.org

**TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES & THE NEW MEXICO AGING AND LONG-TERM SERVICES DEPARTMENT**

Estas organizaciones son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

**MÉTODO** **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

<b>LLAME A</b>	Texas: 800.252.9240   New Mexico: 866.451.2901   Las llamadas a este número son gratuitas.	
<b>TTY</b>	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o de hablar.	
<b>ESCRIBA A</b>	Texas Health and Human Services P.O. Box 149104 Austin   TX 78714	New Mexico Aging and Long-Term Dept. P.O. Box 27118 Santa Fe   NM 87502-7118
<b>SITO WEB</b>	tdi.texas.gov/consumer/hicap/	nmaging.state.nm.us

**844.282.3026 | TTY 711**

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (CST)

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (CST)

CHRISTUShealthplan.org

# **CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO)**

## **CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)**

### **Formulario para 2024**

#### **(Lista de medicamentos cubiertos)**

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 24261, Version Number 18

Este formulario resumido se actualizó el 12/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) Servicio al miembros al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY, deben llamar al 711, 8 a.m.-8 p.m. (local time), siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. - 8 p.m. (local time), de lunes a viernes, del 1 de enero al 30 de septiembre, o visite [christushealthplan.org](http://christushealthplan.org).

**Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas** - Nuestro plan cubre la mayor parte de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina**– Usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.

**Nota para los miembros actuales:** este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 12/01/2024. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

## **¿Qué es el Formulario resumido de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)?**

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

## **¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el

aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, [o] agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 31 días.
  - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)?”.

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

El Formulario adjunto entra en vigencia el 12/01/2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

## **Afección médica**

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría Antihypertensive Therapy. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

## **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 91. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

## **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

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

- **Autorización previa:** CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) exige que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubrirá CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Por ejemplo, CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) proporciona 31 por receta para AFINITOR. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea un documento para explicar nuestra restricción de autorización previa. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)?” en la página vi para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento incluye una lista de los medicamentos cubiertos, por eso es posible que CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubra su medicamento. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si resulta que CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Puede solicitar que CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)?

Puede solicitarle a CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, [el medicamento de menor costo compartido] o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

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

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

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 31 días del medicamento. Después del primer suministro para 31 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 34 días mientras solicita la excepción al formulario.

Cuya ventana transición afiliados ha expirado y son o bien de ser admitido en un entorno LTC o dando de alta un establecimiento de atención a largo plazo prevista una transición adicional se deben a llenar ese nivel de cambio de atención. Si bien inicialmente rechazar la reclamación como el miembro ya no es de acuerdo elegibles para la transición fechas de inscripción del plan, el farmacéutico es instruido para introducir un código de anulación para permitir que el proceso de transición a la oferta en consecuencia. Ediciones de recarga Los primeros no se apliquen de un establecimiento.

### **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO), consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

### **Formulario de CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)**

El Formulario que comienza en la página 1 proporciona información acerca de la cobertura de algunos de los medicamentos cubiertos por CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 91.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, AFINITOR) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, atorvastatin).

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Número Tier	Nivel Nombre	De copago por un suministro de un mes en una farmacia de la red con participación en los costos estándar
1	Generico preferido	\$4
2	Generico no preferido	\$10
3	Marca preferida	\$47
4	Marca no preferida	\$100
5	Nivel de medicamentos de especialidad	Usted paga 33% del costo total

A continuación, una lista de abreviaturas que pueden aparecer en estas páginas en la columna de Requisitos/Límites que le indica si existen requisitos especiales para cubrir su medicamento.

### **Lista de Abreviaturas**

**30D:** Este medicamento no está disponible para los suministros de días extendidos. La receta se puede llenar solamente hasta un suministro de 30 días.

**B/D PA:** Esta receta médica puede tener cobertura bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias. Información tendrá que ser presentada con la descripción del uso del medicamento para determinar si será cubierta.

**LA:** (Limited Availability) Disponibilidad Limitada. Esta receta está disponible solo en farmacias determinadas. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros al 1-844-282-3025 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [christushealthplan.org](http://christushealthplan.org)

**MO:** (Mail-Order Drug). Ordenar por envío de correo. Esta prescripción médica está disponible por nuestro servicio de envío a su hogar, y también está disponible en farmacias de la red del Plan. Por favor considere usar el servicio de envío a su hogar para sus medicamentos de plaza larga (por ejemplo, el medicamento para su presión alta). Farmacias de la red del Plan serían más apropiadas para recetas de medicamentos de termino corto (por ejemplo antibióticos).

**PA:** (Prior Authorization) Autorización previa. El Plan exige que usted o su médico obtenga una autorización para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar la aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que nosotros no cubramos el medicamento.

**QL:** (Quantity Limit) Límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

**ST:** (Step Therapy) Terapia escalonada. En algunos casos, el Plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, cubriremos el medicamento B.

**V:** Esta vacuna esta administrada a adultos sin ningún costo cuando esta recomendado por la organizaciones, the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>ANTI - INFECTIVES</b>		
<b>ANTIFUNGAL AGENTS</b>		
ABELCET	4	B/D PA
<i>amphotericin b</i>	4	B/D PA; MO
<i>casprofungin</i>	4	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	2	MO
CRESEMBA ORAL	5	PA; 30D
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 400 mg/200 ml</i>	4	PA
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	4	PA; MO
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i>	3	MO
<i>fluconazole oral tablet</i>	2	MO
<i>flucytosine</i>	5	MO; 30D
<i>griseofulvin microsize</i>	4	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>itraconazole oral solution</i>	4	MO
<i>ketoconazole oral</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>micafungin</i>	5	MO; 30D
<i>nystatin oral</i>	2	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	5	PA; MO; 30D; QL (96 per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral</i>	2	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	5	PA; MO; 30D
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	5	PA; MO; 30D
<i>voriconazole oral tablet</i>	4	PA; MO
<b>ANTIVIRALS</b>		
<i>abacavir</i>	3	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	3	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	4	MO
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	4	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	4	MO
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	3	MO
<i>amantadine hcl oral solution</i>	3	MO
APTIVUS	5	MO; 30D
<i>atazanavir</i>	4	MO
BARACLUDGE ORAL SOLUTION	5	MO; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
BIKTARVY	5	MO; 30D
CABENUVA	5	MO; 30D
<i>cidofovir</i>	5	B/D PA; MO; 30D
CIMDUO	5	MO; 30D
COMPLERA	5	MO; 30D
<i>darunavir</i>	5	MO; 30D
DELSTRIGO	5	MO; 30D
DESCOVY	5	MO; 30D
DOVATO	5	MO; 30D
EDURANT	5	MO; 30D
<i>efavirenz oral tablet</i>	4	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	5	MO; 30D
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	5	MO; 30D
<i>emtricitabine</i>	4	MO
<i>emtricitabine-tenofov (tdf)</i>	4	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION	3	MO
<i>entecavir</i>	4	MO
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; MO; 30D; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	5	PA; MO; 30D; QL (28 per 28 days)
<i>etravirine</i>	5	MO; 30D
EVOTAZ	5	MO; 30D
<i>famciclovir</i>	3	MO
<i>fosamprenavir</i>	4	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	MO; 30D
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	2	B/D PA
GENVOYA	5	MO; 30D
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; MO; 30D; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	5	PA; MO; 30D; QL (28 per 28 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	MO
ISENTRESS HD	5	MO; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	5	MO; 30D
ISENTRESS ORAL TABLET	5	MO; 30D
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	MO; 30D
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	MO
JULUCA	5	MO; 30D
LAGEVRIO (EUA)	6	QL (40 per 30 days)
<i>lamivudine</i>	3	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	3	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	4	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	3	MO
<i>maraviroc</i>	5	MO; 30D
<i>nevirapine oral suspension</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet</i>	3	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr</i>	4	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	4	MO
ODEFSEY	5	MO; 30D
<i>oseltamivir</i>	3	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	6	QL (20 per 30 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	6	QL (30 per 30 days)
PIFELTRO	5	MO; 30D
PREVYMIS INTRAVENOUS	5	PA; 30D
PREVYMIS ORAL	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
PREZCOBIX	5	MO; 30D
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	MO; 30D
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	MO
RELENZA DISKHALER	4	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	3	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	5	MO; 30D
<i>ribavirin oral capsule</i>	3	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	MO
<i>rimantadine</i>	4	MO
<i>ritonavir</i>	3	MO
RUKOBIA	5	MO; 30D
SELZENTRY ORAL SOLUTION	3	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	3	MO
STRIBILD	5	MO; 30D
SUNLENCA	5	30D
SYMTUZA	5	MO; 30D
SYNAGIS	5	MO; LA; 30D
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	MO; 30D
TIVICAY PD	5	MO; 30D
TRIUMEQ	5	MO; 30D
TRIUMEQ PD	5	MO; 30D
TROGARZO	5	MO; LA; 30D
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	5	MO; 30D
<i>valganciclovir oral tablet</i>	3	MO
VEKLURY	5	30D
VEMLIDY	5	MO; 30D
VIRACEPT ORAL TABLET	5	MO; 30D
VIREAD ORAL POWDER	5	MO; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	MO
VOSEVI	5	PA; MO; 30D; QL (28 per 28 days)
<i>zidovudine oral capsule</i>	4	MO
<i>zidovudine oral syrup</i>	4	MO
<i>zidovudine oral tablet</i>	2	MO
<b>CEPHALOSPORINS</b>		
<i>cefaclor oral capsule</i>	3	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml</i>	4	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2	MO
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	MO
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	4	MO
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>cefazolin injection recon soln 10 gram, 100 gram, 300 gram</i>	4	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule</i>	2	MO
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution</i>	3	MO
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i>	4	
<i>cefepime injection</i>	4	MO
<i>cefixime</i>	4	MO
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	4	PA
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	4	PA
<i>cefpodoxime</i>	4	MO
<i>cefprozil</i>	3	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	4	PA
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i>	4	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	4	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	4	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	4	MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	3	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	4	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	4	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	4	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>tazicef injection</i>	4	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	4	PA
<b>TEFLARO</b>	5	PA; MO; 30D
<b>ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES</b>		
<i>azithromycin intravenous</i>	4	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	3	MO
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	2	MO
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution</i>	4	MO
<i>clarithromycin oral tablet</i>	3	MO
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr</i>	3	MO
DIFICID ORAL TABLET	5	MO; 30D; QL (20 per 10 days)
<i>e.e.s. 400 oral tablet</i>	4	MO
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	4	MO
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	4	MO
<i>erythromycin oral</i>	4	MO
<b>MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES</b>		
<i>albendazole</i>	5	MO; 30D
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA; MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ARIKAYCE	5	PA; LA; 30D
<i>atovaquone</i>	4	MO
<i>atovaquone-proguanil</i>	4	MO
<i>aztreonam</i>	4	PA; MO
<i>bacitracin intramuscular</i>	4	
CAYSTON	5	PA; MO; LA; 30D; QL (84 per 56 days)
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	4	
<i>chloroquine phosphate</i>	4	MO
<i>clindamycin hcl</i>	2	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	4	PA; MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	4	PA; MO
COARTEM	4	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	4	PA; MO; QL (30 per 10 days)
<i>dapsone oral</i>	3	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	MO; 30D
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	MO; 30D
EMVERM	5	MO; 30D
<i>ertapenem</i>	4	PA; MO; QL (14 per 14 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>ethambutol</i>	3	MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA; MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 80 mg/100 ml</i>	4	PA
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	4	PA; MO
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	4	PA; MO
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	2	MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	4	PA; MO
<i>isoniazid injection</i>	4	
<i>isoniazid oral solution</i>	4	MO
<i>isoniazid oral tablet</i>	2	MO
<i>ivermectin oral</i>	3	PA; MO; QL (20 per 30 days)
<i>lincomycin</i>	4	PA
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	4	PA; MO
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	5	MO; 30D
<i>linezolid oral tablet</i>	4	MO
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	4	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>mefloquine</i>	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</i>	4	PA; QL (30 per 10 days)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	4	PA; QL (10 per 10 days)
<i>metro i.v.</i>	4	PA; MO
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet</i>	2	MO
<i>neomycin</i>	2	MO
<i>nitazoxanide</i>	5	MO; 30D
<i>paromomycin</i>	4	
<i>pentamidine inhalation</i>	4	B/D PA; MO; QL (1 per 28 days)
<i>pentamidine injection</i>	4	MO
<i>praziquantel</i>	4	MO
PRIFTIN	3	MO
PRIMAQUINE	4	MO
<i>pyrazinamide</i>	4	MO
<i>pyrimethamine</i>	5	PA; MO; 30D
<i>quinine sulfate</i>	4	MO
<i>rifabutin</i>	4	MO
<i>rifampin intravenous</i>	4	MO
<i>rifampin oral</i>	3	MO
SIRTURO	5	PA; LA; 30D
STREPTOMYCIN	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tigecycline</i>	5	PA; MO; 30D
<i>tinidazole</i>	3	MO
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	5	PA; MO; 30D; QL (280 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation</i>	5	PA; MO; 30D; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	4	PA; QL (9 per 14 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	4	PA; MO
TRECTOR	4	MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	3	PA; QL (4000 per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	3	PA; QL (1000 per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	3	PA; QL (4050 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i>	4	PA; MO; QL (20 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	4	PA; QL (2 per 10 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln 5 gram</i>	4	PA; QL (4 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	4	PA; MO; QL (10 per 10 days)
<i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i>	4	PA; MO; QL (27 per 10 days)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	4	PA; MO; QL (40 per 10 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	4	PA; MO; QL (80 per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	MO; 30D; QL (90 per 30 days)
<b>PENICILLINS</b>		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral tablet</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 400-57 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	MO
<i>ampicillin sodium injection</i>	4	PA; MO
<i>ampicillin sodium intravenous</i>	4	PA
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	4	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	4	PA
<i>ampicillin-sulbactam intravenous</i>	4	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	4	MO
BICILLIN C-R	3	PA; MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML	4	PA; MO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 600,000 UNIT/ML	4	PA
<i>dicloxacillin</i>	2	MO
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	4	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	PA; 30D
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	4	PA
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	4	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g potassium</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	4	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	2	MO
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	4	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	4	MO
<b>QUINOLONONES</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	4	PA; MO
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	4	PA
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	4	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	4	PA
<i>levofloxacin oral solution</i>	4	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	3	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	4	PA; MO
<b>SULFA'S / RELATED AGENTS</b>		
<i>sulfadiazine</i>	4	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	4	PA; MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	3	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	MO
<b>TETRACYCLINES</b>		
<i>doxy-100</i>	4	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	4	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	2	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	4	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>minocycline oral tablet</i>	4	MO
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>tetracycline oral capsule</i>	4	MO

#### URINARY TRACT AGENTS

<i>methenamine hippurate</i>	3	MO
<i>methenamine mandelate</i>	2	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	MO
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	3	MO
<i>trimethoprim</i>	2	MO

#### ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS

##### ADJUNCTIVE AGENTS

<i>dexrazoxane hcl</i>	5	B/D PA; MO; 30D
ELITEK	5	MO; 30D
KEPIVANCE INTRAVENOUS RECON SOLN 5.16 MG	5	30D
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG	5	B/D PA; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>leucovorin calcium oral</i>	3	MO
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution</i>	5	B/D PA; 30D
<i>mesna</i>	2	B/D PA; MO
MESNEX ORAL	5	MO; 30D
VISTOGARD	5	PA; 30D
XGEVA	5	B/D PA; MO; 30D

#### ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS

<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
ABRAXANE	5	B/D PA; MO; 30D
ADCETRIS	5	B/D PA; MO; 30D
ADSTILADRIN	5	PA; 30D
AKEEGA	5	PA; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
ALECENSA	5	PA; MO; 30D; QL (240 per 30 days)
ALIQOPA	5	B/D PA; LA; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; 30D; QL (60 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	5	PA; 30D; QL (30 per 180 days)
<i>anastrozole</i>	2	MO
ANKTIVA	5	PA; MO; 30D
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	5	B/D PA; 30D
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	5	B/D PA; MO; 30D
ASPARLAS	5	PA; 30D
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; MO; 30D; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT	5	PA; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	2	B/D PA; MO
BALVERSA	5	PA; LA; 30D
BAVENCIO	5	B/D PA; LA; 30D
BELEODAQ	5	B/D PA; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; MO; 30D
BENDEKA	5	B/D PA; MO; 30D
BESPONSA	5	B/D PA; MO; LA; 30D
<i>bexarotene</i>	5	PA; MO; 30D
<i>bicalutamide</i>	2	MO
<i>bleomycin</i>	2	B/D PA; MO
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	5	B/D PA; 30D
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	5	B/D PA; 30D
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	5	B/D PA; MO; 30D
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; 30D; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; 30D; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI	5	PA; MO; LA; 30D; QL (180 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
BRUKINSA	5	PA; LA; 30D; QL (120 per 30 days)
<i>busulfan</i>	5	B/D PA; 30D
CABOMETYX	5	PA; MO; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
CALQUENCE	5	PA; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	5	PA; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution</i>	2	B/D PA; MO
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>cisplatin intravenous solution</i>	2	B/D PA; MO
<i>cladribine</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>clofarabine</i>	5	B/D PA; 30D
COLUMVI	5	PA; MO; 30D
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA; MO; 30D; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA; MO; 30D; QL (84 per 28 days)
COPIKTRA	5	PA; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
COTELLIC	5	PA; MO; LA; 30D; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG	3	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	3	B/D PA; MO
<i>cyclosporine intravenous</i>	2	B/D PA
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	4	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	4	B/D PA; MO
CYRAMZA	5	B/D PA; MO; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>cytarabine</i>	2	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml</i>	2	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	2	B/D PA; MO
<i>dactinomycin</i>	2	B/D PA; MO
DANYELZA	5	PA; 30D
DARZALEX	5	B/D PA; MO; LA; 30D
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg, 70 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>daunorubicin</i>	2	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	5	B/D PA; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>doxorubicin intravenous recon soln 10 mg</i>	2	B/D PA
<i>doxorubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5	B/D PA; MO; 30D
DROXIA	3	MO
ELIGARD	3	PA; MO
ELIGARD (3 MONTH)	3	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	3	PA; MO
ELIGARD (6 MONTH)	3	PA; MO
ELREXFIO	5	PA; 30D
ELZONRIS	5	PA; LA; 30D
EMPLICITI	5	B/D PA; MO; 30D
ENVARUSUS XR	4	B/D PA; MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	2	B/D PA
EPKINLY	5	PA; 30D
ERBITUX	5	B/D PA; MO; 30D
<i>eribulin</i>	5	B/D PA; 30D
ERIVEDGE	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
ERWINASE	5	B/D PA; 30D
ETOPOPHOS	4	B/D PA; MO
<i>etoposide intravenous</i>	2	B/D PA; MO
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (330 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (240 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (180 per 30 days)
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	4	B/D PA; MO
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>exemestane</i>	4	MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA; MO; 30D
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA; MO
<i>floxuridine</i>	2	B/D PA
<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>fludarabine intravenous solution</i>	2	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	B/D PA; MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	2	B/D PA
FOLOTYN	5	B/D PA; MO; 30D
FOTIVDA	5	PA; LA; 30D; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; 30D; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; 30D; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; MO; 30D
FYARRO	5	PA; 30D
GAVRETO	5	PA; LA; 30D; QL (120 per 30 days)
GAZYVA	5	B/D PA; MO; 30D
<i>gefitinib</i>	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	2	B/D PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	3	B/D PA
<i>gengraf</i>	4	B/D PA; MO
GILOTRIF	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE	5	MO; 30D
HALAVEN	5	B/D PA; MO; 30D
<i>hydroxyurea</i>	2	MO
IBRANCE	5	PA; MO; 30D; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>idarubicin</i>	2	B/D PA; MO
IDHIFA	5	PA; MO; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml</i>	2	B/D PA; MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	2	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; 30D; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	5	PA; 30D; QL (324 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)
IMDELLTRA	5	PA; 30D
IMFINZI	5	B/D PA; MO; LA; 30D
IMJUDO	5	PA; MO; 30D
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; MO; 30D; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
INQOVI	5	PA; MO; 30D; QL (5 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INREBIC	5	PA; MO; LA; 30D; QL (120 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	5	B/D PA; 30D
<i>irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml</i>	5	B/D PA; MO; 30D
ISTODAX	5	B/D PA; MO; 30D
IWILFIN	5	PA; LA; 30D; QL (240 per 30 days)
IXEMPRA	5	B/D PA; MO; 30D
JAKAFI	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
JEMPERLI	5	PA; MO; 30D
JEVTANA	5	B/D PA; MO; 30D
JYLAMVO	4	B/D PA; MO
KADCYLA	5	PA; MO; 30D
KEYTRUDA	5	PA; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
KIMMTRAK	5	PA; 30D
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA; MO; 30D; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA; MO; 30D; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA; MO; 30D; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA; MO; 30D; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA; MO; 30D; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA; MO; 30D; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO	5	PA; 30D
KRAZATI	5	PA; 30D; QL (180 per 30 days)
KYPROLIS	5	B/D PA; 30D
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	5	PA; MO; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>lapatinib</i>	5	PA; MO; 30D; QL (180 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (28 per 28 days)
<i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i>	5	PA; 30D; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; MO; 30D; QL (90 per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>letrozole</i>	2	MO
LEUKERAN	5	MO; 30D
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	5	PA; MO; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
LIBTAYO	5	PA; LA; 30D
LONSURF	5	PA; MO; 30D
LOQTORZI	5	PA; 30D
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; MO; 30D; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	5	PA; MO; 30D
LUNSUMIO	5	PA; MO; 30D
LUPRON DEPOT	5	PA; MO; 30D
LYNPARZA	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
LYSODREN	5	30D
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA; LA; 30D
MARGENZA	5	PA; 30D
MATULANE	5	30D
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	3	PA
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	3	PA; MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	4	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	3	PA; MO
MEKINIST ORAL RECON SOLN	5	PA; MO; 30D; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA; MO; 30D; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI	5	PA; MO; LA; 30D; QL (180 per 30 days)
<i>melphalan hcl</i>	5	B/D PA; 30D
<i>mercaptopurine</i>	3	MO
<i>methotrexate sodium</i>	2	B/D PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln</i>	2	B/D PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	2	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 5 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 40 mg</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>mitoxantrone</i>	2	B/D PA; MO
MONJUVI	5	PA; LA; 30D
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	4	B/D PA; MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	3	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B/D PA; MO
MYHIBBIN	5	B/D PA; 30D
MYLOTARG	5	B/D PA; MO; LA; 30D
<i>nelarabine</i>	5	B/D PA; MO; 30D
NERLYNX	5	PA; MO; LA; 30D
<i>nilutamide</i>	5	PA; MO; 30D
NINLARO	5	PA; MO; 30D; QL (3 per 28 days)
NUBEQA	5	PA; MO; LA; 30D; QL (120 per 30 days)
NULOJIX	5	B/D PA; MO; 30D
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA; MO; 30D
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA; MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	4	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	5	PA; MO; 30D
<i>octreotide, microspheres</i>	5	PA; 30D
ODOMZO	5	PA; MO; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; 30D; QL (56 per 28 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA; 30D; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	PA; 30D; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	5	PA; 30D; QL (16 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	5	PA; 30D; QL (20 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA; 30D; QL (24 per 28 days)
OJJAARA	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ONCASPAR	5	B/D PA; 30D
ONIVYDE	5	B/D PA; 30D
ONUREG	5	PA; MO; 30D; QL (14 per 28 days)
OPDIVO	5	PA; MO; 30D
OPDUALAG	5	PA; MO; 30D
ORGOVYX	5	PA; LA; 30D; QL (30 per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA; 30D; QL (90 per 30 days)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg</i>	2	B/D PA
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	2	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	2	B/D PA; MO
PADCEV	5	PA; MO; 30D
<i>paraplatin</i>	2	B/D PA
<i>pazopanib</i>	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PEMAZYRE	5	PA; LA; 30D; QL (28 per 28 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	4	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	5	B/D PA; 30D
PERJETA	5	B/D PA; MO; 30D
PIQRAY	5	PA; MO; 30D
POLIVY	5	PA; MO; 30D
POMALYST	5	PA; MO; LA; 30D
PORTRAZZA	5	B/D PA; MO; 30D
POTELIGEO	5	PA; 30D
PRALATREXATE	5	B/D PA; MO; 30D
PROGRAF INTRAVENOUS	3	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	4	B/D PA; MO
PURIXAN	5	30D
QINLOCK	5	PA; LA; 30D; QL (90 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; MO; LA; 30D; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; MO; LA; 30D; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA; MO; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; MO; LA; 30D; QL (90 per 30 days)
REVLIMID	5	PA; MO; LA; 30D; QL (28 per 28 days)
REZLIDHIA	5	PA; 30D; QL (60 per 30 days)
REZUROCK	5	PA; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>romidepsin intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; 30D
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; 30D; QL (150 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; MO; 30D; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	5	PA; MO; 30D; QL (336 per 28 days)
RUBRACA	5	PA; MO; LA; 30D; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE	5	PA; MO; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
RYBREVANT	5	PA; MO; 30D
RYDAPT	5	PA; MO; 30D; QL (224 per 28 days)
RYLAZE	5	PA; 30D
RYTELO	5	PA; 30D
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON	5	PA; MO; 30D
SARCLISA	5	PA; LA; 30D
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA; 30D; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; 30D; QL (600 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; 30D; QL (300 per 30 days)
SIGNIFOR	5	PA; 30D
SIMULECT	3	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral solution</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>sirolimus oral tablet</i>	4	B/D PA; MO
SOLTAMOX	5	MO; 30D
SOMATULINE DEPOT	5	PA; MO; 30D
<i>sorafenib</i>	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
STIVARGA	5	PA; MO; 30D; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate</i>	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
TABLOID	4	MO
TABRECTA	5	PA; MO; 30D
<i>tacrolimus oral capsule</i>	4	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	5	PA; MO; 30D; QL (840 per 28 days)
TAGRISSE	5	PA; MO; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
TALVEY	5	PA; 30D
TALZENNA	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen</i>	2	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA; MO; 30D; QL (112 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK	5	PA; LA; 30D
TECENTRIQ	5	B/D PA; MO; LA; 30D
TECENTRIQ HYBREZA	5	B/D PA; LA; 30D
TECVAYLI	5	PA; 30D
TEMODAR INTRAVENOUS	5	B/D PA; MO; 30D
<i>temsirolimus</i>	5	B/D PA; MO; 30D
TEPMETKO	5	PA; LA; 30D
TEVIMBRA	5	PA; 30D
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; 30D; QL (112 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA; 30D; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; MO; 30D; QL (28 per 28 days)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	5	B/D PA; 30D
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	5	B/D PA; MO; 30D
TIBSOVO	5	PA; 30D
TIVDAK	5	PA; MO; 30D
<i>topotecan</i>	5	B/D PA; MO; 30D
<i>toremifene</i>	5	MO; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>torpenz</i>	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA	5	B/D PA; MO; 30D
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	5	MO; 30D
TRODELVY	5	PA; LA; 30D
TRUQAP	5	PA; 30D; QL (64 per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; LA; 30D; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; 30D; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; LA; 30D; QL (120 per 30 days)
UNITUXIN	5	B/D PA; 30D
<i>valrubicin</i>	5	B/D PA; MO; 30D
VANFLYTA	5	PA; 30D; QL (56 per 28 days)
VECTIBIX	5	B/D PA; MO; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; 30D; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA; LA; 30D; QL (42 per 180 days)
VERZENIO	5	PA; MO; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>vinblastine</i>	2	B/D PA; MO
<i>vincristine</i>	2	B/D PA; MO
<i>vinorelbine</i>	2	B/D PA; MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; LA; 30D; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; MO; LA; 30D; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION	5	PA; MO; LA; 30D; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
VONJO	5	PA; 30D; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5	PA; 30D; QL (60 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)
VOTRIENT	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
VYXEOS	5	B/D PA; 30D
WELIREG	5	PA; LA; 30D
XALKORI ORAL CAPSULE	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA; MO; 30D; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG, 50 MG	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
XATMEP	4	B/D PA; MO
XERMELO	5	PA; LA; 30D; QL (84 per 28 days)
XOSPATA	5	PA; LA; 30D; QL (90 per 30 days)
XPOVIO	5	PA; LA; 30D
XTANDI ORAL CAPSULE	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
YERVOY	5	B/D PA; MO; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
YONDELIS	5	B/D PA; 30D
ZALTRAP	5	B/D PA; MO; 30D
ZANOSAR	4	B/D PA; MO
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; LA; 30D; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA; MO; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF	5	PA; MO; 30D; QL (240 per 30 days)
ZEPZELCA	5	PA; 30D
ZIRABEV	5	B/D PA; MO; 30D
ZOLADEX	4	PA; MO
ZOLINZA	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
ZYDELIG	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA	5	PA; MO; 30D; QL (90 per 30 days)
ZYNLONTA	5	PA; LA; 30D
ZYNYZ	5	PA; 30D
<b>AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH</b>		
<b>ANTICONVULSANTS</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	5	MO; 30D; QL (180 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	5	MO; 30D; QL (90 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	MO; 30D; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS	4	MO; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION	5	MO; 30D; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET	5	MO; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	4	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	4	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml</i>	4	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	3	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	3	MO
<i>clobazam oral suspension</i>	4	PA; MO; QL (480 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>clobazam oral tablet</i>	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	MO; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	MO; QL (300 per 30 days)
DIACOMIT	5	PA; LA; 30D
<i>diazepam rectal</i>	4	MO
DILANTIN 30 MG	4	MO
<i>divalproex</i>	2	MO
EPIDIOLEX	5	PA; MO; LA; 30D
<i>epitol</i>	3	MO
EPRONTIA	4	PA; MO
<i>ethosuximide</i>	3	MO
<i>felbamate oral suspension</i>	5	MO; 30D
<i>felbamate oral tablet</i>	4	MO
FINTEPLA	5	PA; LA; 30D; QL (360 per 30 days)
<i>fosphenytoin</i>	2	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	5	MO; 30D; QL (720 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	MO; 30D; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	MO; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	2	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	3	MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	3	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous</i>	3	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution</i>	4	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	2	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	4	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	2	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	2	
<i>levetiracetam intravenous</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	3	MO
LIBERVANT	5	PA; 30D; QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide</i>	4	MO
NAYZILAM	5	PA; MO; 30D; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	3	MO
<i>phenobarbital oral elixir</i>	4	PA; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	3	PA
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	3	PA; MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml</i>	2	MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 100 mg/4 ml</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	3	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	2	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution</i>	3	MO; QL (900 per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	4	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	5	PA; MO; 30D
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	5	PA; MO; 30D
SPRITAM	4	MO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>subvenite oral tablet 150 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	2	PA; MO
<i>topiramate oral tablet</i>	2	PA; MO
<i>valproate sodium</i>	2	MO
<i>valproic acid</i>	2	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)</i>	2	
VALTOCO	5	PA; MO; 30D; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin</i>	5	PA; MO; LA; 30D
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; 30D
<i>vigpoder</i>	5	PA; LA; 30D
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	MO; 30D; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	5	MO; 30D; QL (120 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	MO; 30D; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 25 MG	5	MO; 30D; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	5	MO; 30D; QL (240 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	MO; QL (28 per 180 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	MO; 30D; QL (28 per 180 days)
ZONISADE	5	PA; MO; 30D
<i>zonisamide</i>	2	PA; MO
ZTALMY	5	PA; LA; 30D; QL (1100 per 30 days)

#### ANTIPARKINSONISM AGENTS

APOKYN	5	PA; MO; LA; 30D; QL (90 per 30 days)
<i>apomorphine</i>	5	PA; 30D; QL (90 per 30 days)
<i>benztropine injection</i>	2	MO
<i>benztropine oral</i>	2	PA; MO
<i>bromocriptine</i>	4	MO
<i>carbidopa</i>	4	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	4	MO
<i>entacapone</i>	4	MO
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	5	PA; 30D; QL (300 per 30 days)
NEUPRO	4	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	2	MO
<i>rasagiline</i>	4	MO
<i>ropinirole oral tablet</i>	2	MO
<i>selegiline hcl</i>	3	MO
<b>MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY</b>		
<i>dihydroergotamine injection</i>	5	30D
<i>dihydroergotamine nasal</i>	5	30D; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN	3	PA; MO; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; MO; QL (2 per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine</i>	3	MO
<i>naratriptan</i>	3	MO; QL (18 per 28 days)
NURTEC ODT	3	PA; QL (16 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>rizatriptan oral tablet</i>	2	MO; QL (36 per 28 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i>	3	MO; QL (36 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	4	MO; QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	4	MO; QL (36 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	2	MO; QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	4	QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	4	MO; QL (8 per 28 days)
<b>MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY</b>		

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
BRIUMVI	5	PA; MO; 30D; QL (24 per 180 days)
<i>dalfampridine</i>	3	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (14 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 180 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	2	MO
<i> fingolimod</i>	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
FIRDAPSE	5	PA; LA; 30D
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	3	MO
<i>galantamine oral solution</i>	4	MO
<i>galantamine oral tablet</i>	3	MO
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; 30D; QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; 30D; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; MO; 30D; QL (12 per 28 days)
KESIMPTA PEN	5	PA; MO; 30D; QL (1.6 per 28 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	4	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	4	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	3	PA; MO
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK	3	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR	3	PA; MO
NUEDEXTA	5	PA; MO; 30D
RADICAVA ORS	5	PA; MO; 30D
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	5	PA; MO; 30D
<i>rivastigmine</i>	4	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	MO
<i>teriflunomide</i>	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (240 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)

### MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY

<i>baclofen oral tablet</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	PA; MO
<i>dantrolene intravenous</i>	2	
<i>dantrolene oral</i>	4	MO
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 2,000 MCG/ML, 500 MCG/ML	3	B/D PA; MO
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 50 MCG/ML	3	B/D PA
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	3	
<i>revonto</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet</i>	2	MO

### NARCOTIC ANALGESICS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	3	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	3	MO; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	2	MO
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i>	2	
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	2	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 600 mcg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	4	PA; MO; QL (120 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ Límites</b>
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	4	PA; MO; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	3	QL (5550 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	3	MO; QL (5550 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	3	MO; QL (390 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	3	MO; QL (50 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	4	
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	4	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	MO
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	4	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ Límites</b>
<i>hydromorphone oral liquid</i>	4	MO; QL (2400 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	4	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>methadone injection solution</i>	3	
<i>methadone intensol</i>	3	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>methadone oral concentrate</i>	3	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	PA; MO; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	3	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	3	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>methadose oral concentrate</i>	3	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	4	
<i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>morphine concentrate oral solution</i>	3	MO; QL (900 per 30 days)
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	4	MO
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	MO
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	
<i>morphine oral solution</i>	3	MO; QL (900 per 30 days)
<i>morphine oral tablet</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release</i>	3	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	4	MO; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution</i>	3	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)

### NON-NARCOTIC ANALGESICS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	3	MO; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>butorphanol injection</i>	2	MO
<i>butorphanol nasal</i>	4	MO; QL (10 per 28 days)
<i>celecoxib</i>	3	MO
<i>clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml</i>	2	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	3	MO; QL (1000 per 28 days)
<i>diflunisal</i>	3	MO
<i>ec-naproxen</i>	2	
<i>etodolac oral capsule</i>	3	MO
<i>etodolac oral tablet</i>	3	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>ibu</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	2	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone</i>	2	MO
<i>nalbuphine</i>	2	
<i>naloxone injection solution</i>	2	MO
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)</i>	2	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>naloxone nasal</i>	2	MO
<i>naltrexone</i>	2	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	2	MO
<i>oxaprozin oral tablet</i>	4	MO
<i>piroxicam</i>	3	MO
<i>salsalate</i>	1	MO
<i>sulindac</i>	2	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
VIVITROL	5	MO; 30D
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC DRUGS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE SYRING 720 MG/2.4 ML	5	MO; 30D; QL (2.4 per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE SYRING 960 MG/3.2 ML	5	MO; 30D; QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA	5	MO; 30D; QL (1 per 28 days)
<i>amitriptyline</i>	2	MO
<i>amoxapine</i>	3	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	4	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO	5	MO; 30D; QL (4.8 per 365 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	MO; 30D; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	MO; 30D; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	MO; 30D; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	MO; 30D; QL (3.2 per 28 days)
<i>armodafinil</i>	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>asenapine maleate</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
AUVELITY	5	ST; 30D; QL (60 per 30 days)
BELSOMRA	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	2	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupirone</i>	2	MO
CAPLYTA	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection</i>	2	MO
<i>chlorpromazine oral</i>	4	MO
<i>citalopram oral solution</i>	3	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine</i>	4	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	PA; MO; QL (180 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	4	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	4	PA; MO; QL (360 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet</i>	3	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	4	
COBENFY	5	30D; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK	5	30D; QL (56 per 180 days)
<i>desipramine</i>	4	MO
<i>desvenlafaxine succinate</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	3	MO
<i>diazepam injection</i>	2	PA
<i>diazepam intensol</i>	2	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral concentrate</i>	2	PA; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	2	PA; QL (1200 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>diazepam oral tablet</i>	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule</i>	4	MO
<i>doxepin oral concentrate</i>	4	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	MO; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	MO; QL (90 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM	5	MO; 30D
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	4	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET	4	MO; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK	4	MO; QL (8 per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	4	QL (28 per 180 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR	4	QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil</i>	2	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine oral solution</i>	2	MO
<i>fluphenazine decanoate</i>	4	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	4	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	3	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>haloperidol</i>	2	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	4	MO
<i>haloperidol lactate injection</i>	4	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>haloperidol lactate intramuscular</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral</i>	2	MO
<i>imipramine hcl</i>	4	MO
<i>imipramine pamoate</i>	4	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	MO; 30D; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	MO; 30D; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	MO; 30D; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	MO; 30D; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	MO; 30D; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	MO; QL (0.25 per 28 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	MO; 30D; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	MO; 30D; QL (0.88 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	MO; 30D; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	MO; 30D; QL (1.75 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	MO; 30D; QL (2.63 per 90 days)
<i>lithium carbonate</i>	2	MO
<i>lithium citrate</i>	2	
<i>lorazepam injection</i>	2	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	2	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>loxapine succinate</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	5	MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	5	MO; 30D; QL (60 per 30 days)
MARPLAN	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	3	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet,chewable</i>	4	MO
<i>mirtazapine oral tablet</i>	2	MO
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i>	3	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	3	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	3	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	4	
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	4	MO
<i>nefazodone</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>nortriptyline oral capsule</i>	2	MO
<i>nortriptyline oral solution</i>	4	MO
NUPLAZID	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular</i>	4	MO
<i>olanzapine oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	4	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	4	
<i>perphenazine</i>	4	MO
PERSERIS	5	MO; 30D; QL (1 per 30 days)
<i>phenelzine</i>	3	MO
<i>pimozide</i>	4	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>protriptyline</i>	4	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET	4	MO; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	3	MO; QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	MO; 30D; QL (2 per 28 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	3	MO; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	5	MO; 30D; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution</i>	2	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
SECUADO	5	MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate</i>	4	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SODIUM OXYBATE	5	PA; LA; 30D; QL (540 per 30 days)
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA; MO; 30D
<i>thioridazine</i>	3	MO
<i>thiothixene</i>	4	MO
<i>tranylcypromine</i>	4	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	3	MO
<i>trimipramine</i>	4	MO
TRINTELLIX	3	QL (30 per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	MO; 30D; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	MO; 30D; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	MO; 30D; QL (0.42 per 56 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	MO; 30D; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	MO; 30D; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	MO; 30D; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	MO; 30D; QL (0.21 per 28 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
VERSACLOZ	5	30D
<i>vilazodone</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	4	MO; QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	4	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	MO
<i>zolpidem oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE	5	PA; MO; 30D
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	3	MO; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	MO; 30D; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	MO; 30D; QL (1 per 28 days)
<b>CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS</b>		
<b>ANTIARRHYTHMIC AGENTS</b>		
<i>adenosine</i>	2	

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>amiodarone intravenous solution</i>	2	B/D PA; MO
<i>amiodarone intravenous syringe</i>	2	B/D PA
<i>amiodarone oral tablet 100 mg</i>	4	MO
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	2	MO
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	MO
<i>flecainide</i>	3	MO
<i>ibutilide fumarate</i>	2	
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	2	
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i>	4	
<i>mexiletine</i>	3	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	MO
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	2	MO
<i>procainamide injection</i>	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>propafenone oral tablet</i>	3	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>sorine oral tablet 120 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 160 mg</i>	2	MO
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	MO
<b>ANTIHYPERTENSIVE THERAPY</b>		
<i>acebutolol</i>	2	MO
<i>aliskiren</i>	4	MO
<i>amiloride</i>	2	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	2	MO
<i>amlodipine</i>	1	MO
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan</i>	6	MO
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i>	2	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
<i>benazepril</i>	6	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	6	MO
<i>betaxolol oral</i>	3	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>bumetanide injection</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>bumetanide oral</i>	2	MO
<i>candesartan</i>	1	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	2	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>cartia xt</i>	2	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	2	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	4	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	2	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral</i>	2	MO
<i>dilt-xr</i>	2	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	6	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	6	MO
<i>eplerenone</i>	3	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	2	
<i>ethacrynate sodium</i>	5	30D
<i>felodipine</i>	2	MO
<i>fosinopril</i>	6	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution</i>	4	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	2	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	6	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	6	MO
<b>KERENDIA</b>	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>labetalol intravenous solution</i>	2	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>labetalol oral</i>	2	MO
<i>lisinopril</i>	6	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	6	MO
<i>losartan</i>	6	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	6	MO
<i>mannitol 20 %</i>	4	
<i>mannitol 25 % intravenous solution</i>	2	MO
<i>matzim la</i>	2	MO
<i>metolazone</i>	3	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	2	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral</i>	1	MO
<i>metirosine</i>	5	PA; MO; 30D
<i>minoxidil oral</i>	2	MO
<i>moexipril</i>	1	
<i>nadolol</i>	4	MO
<i>nebivolol</i>	2	MO
<i>nicardipine intravenous solution</i>	2	
<i>nicardipine oral</i>	4	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	2	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>nimodipine oral capsule</i>	4	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	2	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>osmitrol 20 %</i>	4	
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>phentolamine</i>	2	
<i>pindolol</i>	3	MO
<i>prazosin</i>	2	MO
<i>propranolol intravenous</i>	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	2	MO
<i>propranolol oral solution</i>	2	MO
<i>propranolol oral tablet</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	6	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	6	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	2	MO
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	2	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiadylt er</i>	2	MO
<i>timolol maleate oral</i>	4	MO
<i>torse mide oral</i>	2	MO
<i>trandolapril</i>	6	MO
<i>treprostinil sodium</i>	5	PA; MO; LA; 30D
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL	5	PA; MO; LA; 30D
<i>valsartan oral tablet</i>	6	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	6	MO
<i>veletri</i>	2	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	2	MO
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	2	MO
<i>verapamil oral tablet</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	2	MO
<b>COAGULATION THERAPY</b>		

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>aminocaproic acid intravenous</i>	2	MO
<i>aminocaproic acid oral</i>	5	MO; 30D
<i>aspirin-dipyridamole</i>	4	MO
BRILINTA	3	MO
CABLIVI INJECTION KIT	5	PA; LA; 30D
CEPROTIN (BLUE BAR)	3	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	3	PA; MO
<i>cilostazol</i>	2	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	2	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dabigatran etexilate</i>	4	MO
<i>dipyridamole intravenous</i>	2	
<i>dipyridamole oral</i>	4	MO
DOPTELET (10 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; 30D
DOPTELET (15 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; 30D
DOPTELET (30 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; 30D
ELIQUIS	3	MO
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	MO
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	4	MO; QL (28 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	4	MO; QL (22.4 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	4	MO; QL (16.8 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	4	MO; QL (11.2 per 28 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	MO; 30D
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	MO
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)</i>	3	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	3	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	3	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	3	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	3	MO
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	3	MO
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	3	MO
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NAACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	3	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	3	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	3	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml</i>	3	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	3	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE 5,000 UNIT/ML	3	
HEPARIN, PORCINE (PF) SUBCUTANEOUS	3	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
<i>pentoxifylline</i>	2	MO
<i>prasugrel</i>	3	MO
PROMACTA	5	PA; MO; LA; 30D
<i>protamine</i>	2	
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO	3	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	3	MO
<b>LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS</b>		
<i>atorvastatin</i>	6	MO; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	3	MO
<i>cholestyramine light</i>	3	
<i>colesevelam</i>	4	MO
<i>colestipol oral granules</i>	4	MO
<i>colestipol oral packet</i>	4	
<i>colestipol oral tablet</i>	4	MO
<i>ezetimibe</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	2	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	MO
<i>fenofibric acid</i>	2	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	4	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	3	MO
JUXTAPID	5	PA; MO; LA; 30D
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	6	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	MO; QL (60 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	2	MO
<i>pitavastatin calcium</i>	6	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin</i>	6	MO; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite</i>	3	MO
REPATHA	3	PA; QL (6 per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin</i>	6	MO; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin</i>	6	MO; QL (30 per 30 days)
<b>MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION	3	QL (450 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>digoxin oral solution</i>	3	MO
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	MO
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	3	MO
<i>dobutamine</i>	2	B/D PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>dobutamine in d5w intravenous parenteral solution 1,000 mg/250 ml (4,000 mcg/ml), 250 mg/250 ml (1 mg/ml), 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml)</i>	2	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 200 mg/250 ml (800 mcg/ml), 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml), 400 mg/500 ml (800 mcg/ml), 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml)</i>	2	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	2	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
ENTRESTO	3	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE	3	QL (240 per 30 days)
<i>ivabradine</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>milrinone</i>	2	B/D PA

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	2	B/D PA
<i>norepinephrine bitartrate</i>	2	
<i>ranolazine</i>	4	MO
<i>sodium nitroprusside</i>	2	B/D PA
VECAMYL	5	30D
VERQUVO	3	MO; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX	5	PA; MO; 30D
<b>NITRATES</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	3	MO
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose intravenous solution 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml)</i>	2	B/D PA
<i>nitroglycerin intravenous</i>	2	B/D PA
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	MO
<i>nitroglycerin translingual</i>	4	MO
<b>DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY</b>		
<b>ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC</b>		
<i>acitretin</i>	4	MO
<i>calcipotriene scalp</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	2	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; MO; 30D; QL (2 per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; MO; 30D; QL (2 per 28 days)
STELARA INTRAVENOUS	5	PA; MO; 30D; QL (104 per 180 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; 30D; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5	PA; MO; 30D; QL (0.5 per 28 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; MO; 30D; QL (1 per 28 days)
TALTZ AUTOINJECTOR	5	PA; MO; 30D; QL (1 per 28 days)
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	5	PA; MO; 30D; QL (3 per 180 days)
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML	5	PA; MO; 30D; QL (0.25 per 28 days)
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.5 ML	5	PA; MO; 30D; QL (0.5 per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; MO; 30D; QL (1 per 28 days)
<b>MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS</b>		
<i>ammonium lactate</i>	2	MO
<i>chloroprocaine (pf)</i>	2	
<i>dermacinrx lidocan</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5	PA; MO; 30D; QL (4.56 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; MO; 30D; QL (8 per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; 30D; QL (1.34 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; MO; 30D; QL (4.56 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5	PA; MO; 30D; QL (8 per 28 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	3	MO
<i>fluorouracil topical solution</i>	3	MO
<i>glydo</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	3	MO
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	2	
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	2	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	3	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	3	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	4	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment</i>	4	MO; QL (36 per 30 days)
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocan iv</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocan v</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methoxsalen</i>	5	MO; 30D
PANRETIN	5	PA; MO; 30D
<i>pimecrolimus</i>	4	PA; MO; QL (100 per 30 days)
<i>podofilox topical solution</i>	3	MO
<i>polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)</i>	2	
<i>polocaine-mpf</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
REGRANEX	5	MO; 30D; QL (15 per 30 days)
SANTYL	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i>	2	MO
<i>ssd</i>	2	MO
<i>tacrolimus topical</i>	4	PA; MO; QL (100 per 30 days)
<i>tridacaine ii</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
VALCHLOR	5	PA; MO; 30D
<b>THERAPY FOR ACNE</b>		
<i>acutane</i>	4	
<i>amnestem</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i>	3	MO; QL (150 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	3	MO; QL (120 per 30 days)
<i>ery pads</i>	3	MO
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	2	MO
<i>isotretinoin</i>	4	

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>ivermectin topical cream</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>metronidazole topical</i>	4	MO
<i>tazarotene topical cream</i>	4	PA; MO
<i>tazarotene topical gel</i>	4	PA; MO
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA; MO
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	3	PA; MO
<i>zenatane</i>	4	
<b>TOPICAL ANTIBACTERIALS</b>		
<i>gentamicin topical cream</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>mupirocin</i>	2	MO; QL (44 per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	4	MO
<b>TOPICAL ANTIFUNGALS</b>		
<i>ciclodan topical solution</i>	2	QL (6.6 per 28 days)
<i>ciclopirox topical cream</i>	2	MO; QL (90 per 28 days)
<i>ciclopirox topical gel</i>	3	MO; QL (100 per 28 days)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	3	MO; QL (120 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>ciclopirox topical solution</i>	2	MO; QL (6.6 per 28 days)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	3	MO; QL (60 per 28 days)
<i>clotrimazole topical cream</i>	2	MO; QL (45 per 28 days)
<i>clotrimazole topical solution</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	3	MO; QL (45 per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	4	MO; QL (60 per 28 days)
<i>econazole</i>	4	MO; QL (85 per 28 days)
<i>ketoconazole topical cream</i>	2	MO; QL (60 per 28 days)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	2	MO; QL (120 per 28 days)
<i>klayesta</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	4	MO; QL (60 per 28 days)
<i>nyamyc</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>nystatin topical cream</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>nystatin topical ointment</i>	2	MO; QL (30 per 28 days)
<i>nystatin topical powder</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	3	MO; QL (60 per 28 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>nystop</i>	3	MO; QL (180 per 30 days)

### TOPICAL ANTIVIRALS

<i>acyclovir topical ointment</i>	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>penciclovir</i>	4	MO; QL (5 per 30 days)

### TOPICAL CORTICOSTEROIDS

<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	2	MO
<i>ala-cort topical cream 2.5 %</i>	2	
<i>alclometasone</i>	3	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	3	MO
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	2	MO
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	3	MO
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	4	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	2	MO

<i>clobetasol scalp</i>	4	MO; QL (100 per 28 days)
<i>clobetasol topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical foam</i>	4	MO; QL (100 per 28 days)
<i>clobetasol topical gel</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical lotion</i>	4	MO; QL (118 per 28 days)
<i>clobetasol topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	4	MO; QL (236 per 28 days)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	4	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clodan</i>	4	MO; QL (236 per 28 days)
<i>desonide</i>	4	MO
<i>fluocinolone</i>	4	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	4	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical gel</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical solution</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide-emollient</i>	4	MO; QL (120 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	4	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	4	MO
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	2	MO
<i>mometasone topical</i>	2	MO
<i>prednicarbate topical ointment</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	MO
<i>triderm topical cream</i>	2	
<b>TOPICAL SCABICIDES / PEDICULICIDES</b>		
<i>crotan</i>	2	
<i>malathion</i>	4	MO
<i>permethrin</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS</b>		
<b>ANTIDOTES</b>		
<i>acetylcysteine intravenous</i>	3	
<b>IRRIGATING SOLUTIONS</b>		
<i>lactated ringers irrigation</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	2	
<i>ringer's irrigation</i>	4	MO
<b>MISCELLANEOUS AGENTS</b>		
<i>acamprosate</i>	4	MO
<i>acetic acid irrigation</i>	2	MO
<i>anagrelide</i>	3	MO
<i>caffeine citrate intravenous</i>	2	
<i>caffeine citrate oral</i>	2	MO
<i>carglumic acid</i>	5	PA; MO; 30D
CHEMET	3	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	4	B/D PA
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	4	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	5	PA; MO; 30D
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	4	PA; MO
<i>deferiprone</i>	5	PA; MO; 30D
<i>deferoxamine</i>	2	B/D PA; MO
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	4	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	4	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	4	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	4	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	4	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	4	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	4	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	4	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	3	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>droxidopa</i>	5	PA; MO; 30D
ENDARI	5	PA; MO; 30D
<i>glutamine (sickle cell)</i>	5	PA; MO; 30D
INCRELEX	5	MO; LA; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>kionex (with sorbitol)</i>	3	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	4	MO
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	4	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	4	MO
LOKELMA	3	MO
<i>midodrine</i>	3	MO
<i>nitisinone</i>	5	PA; MO; 30D
<i>pilocarpine hcl oral</i>	4	MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; MO; LA; 30D
REVCOVI	5	PA; LA; 30D
REZDIFFRA	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>riluzole</i>	3	PA; MO
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	4	MO; QL (270 per 30 days)
<i>sodium benzoate-sod phenylacet</i>	5	30D
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	4	MO
<i>sodium chloride irrigation</i>	4	MO
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	5	PA; MO; 30D
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	5	PA; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	MO
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	3	MO
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	3	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; MO; 30D
<i>water for irrigation, sterile</i>	4	MO
XIAFLEX	5	PA; 30D
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	2	PA; MO

#### SMOKING DETERRENENTS

<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	2	MO
NICOTROL	4	
NICOTROL NS	4	MO
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	MO
<i>varenicline oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	4	
<i>varenicline oral tablets, dose pack</i>	4	MO

#### EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS

#### MISCELLANEOUS AGENTS

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	2	MO
<i>denta 5000 plus</i>	2	MO
<i>dentagel</i>	2	MO
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	2	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	2	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	2	MO
<i>fraiche 5000</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>kourzeq</i>	2	
<i>oralone</i>	2	
<i>periogard</i>	2	
<i>sf</i>	2	MO
<i>sf 5000 plus</i>	2	MO
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	2	MO
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS</b>		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	4	MO
<i>flac otic oil</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	4	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	4	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	3	MO
<b>OTIC STEROID / ANTIBIOTIC</b>		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	3	MO; QL (7.5 per 7 days)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	3	MO
<b>ENDOCRINE/DIABETES</b>		
<b>ADRENAL HORMONES</b>		
<i>cortisone</i>	4	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	MO
<i>dexamethasone oral elixir</i>	2	MO
<i>dexamethasone oral solution</i>	2	MO
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	MO
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate injection</i>	2	MO
<i>fludrocortisone</i>	2	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	2	MO
<i>methylprednisolone acetate</i>	3	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	2	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	2	MO
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	3	MO
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	3	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	3	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	3	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)</i>	3	
<i>prednisone</i>	2	MO
<i>prednisone intensol</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	2	MO
<b>ANTITHYROID AGENTS</b>		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil</i>	3	MO
<b>DIABETES THERAPY</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	2	MO; QL (360 per 30 days)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>alcohol pads</i>	3	MO
BYDUREON BCISE	3	PA; MO; QL (4 per 28 days)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML	3	PA; MO; QL (2.4 per 30 days)
BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML	3	PA; MO; QL (1.2 per 30 days)
<i>diazoxide</i>	4	MO
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	3	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
FREESTYLE INSULINX STRIP	3	MO
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	3	MO
FREESTYLE LITE STRIPS	3	MO
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS	3	MO
FREESTYLE TEST	3	MO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	6	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	6	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	6	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	6	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	6	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	6	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	6	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	6	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	MO; QL (120 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
GVOKE	3	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML	3	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	MO
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	3	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	MO
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	3	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HUMALOG U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	3	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	3	MO
INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	MO
JANUMET	3	MO; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
JANUVIA	3	MO; QL (30 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
JARDIANCE	3	MO; QL (30 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	3	MO
LANTUS U-100 INSULIN	3	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	3	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	3	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	3	MO
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	6	MO; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	6	MO; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	6	MO; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	6	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	MO; QL (60 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	2	MO; QL (180 per 30 days)
ONETOUGH ULTRA TEST	3	MO
ONETOUGH VERIO TEST STRIPS	3	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>pioglitazone</i>	6	MO; QL (30 per 30 days)
PRECISION XTRA TEST	3	MO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	2	MO; QL (960 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	2	MO; QL (480 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	2	MO; QL (240 per 30 days)
<i>saxagliptin</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
SOLIQUA 100/33	3	MO; QL (90 per 30 days)
SYNJARDY	3	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	3	MO
TRULICITY	3	PA; MO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	MO; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5- 500 MG	3	MO; QL (60 per 30 days)
<b>MISCELLANEOUS HORMONES</b>		
ALDURAZYME	5	PA; MO; 30D
<i>cabergoline</i>	3	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</i>	5	MO; 30D
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	3	MO
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	4	
<i>cinacalcet</i>	4	PA; MO
<i>clomid</i>	2	PA; MO
<i>clomiphene citrate</i>	2	PA
CRYSVITA	5	PA; MO; LA; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>danazol</i>	4	MO
<i>desmopressin injection</i>	2	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	4	MO
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopressin oral</i>	3	MO
<i>doxercalciferol intravenous</i>	2	MO
<i>doxercalciferol oral</i>	4	MO
ELAPRASE	5	PA; MO; 30D
FABRAZYME	5	PA; MO; 30D
KANUMA	5	PA; MO; 30D
KORLYM	5	PA; 30D
LUMIZYME	5	PA; MO; 30D
MEPSEVII	5	PA; MO; 30D
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA; MO; 30D
MYALEPT	5	PA; MO; LA; 30D
NAGLAZYME	5	PA; MO; LA; 30D
<i>pamidronate intravenous solution</i>	2	MO
<i>paricalcitol intravenous</i>	2	
<i>paricalcitol oral</i>	4	MO
<i>sapropterin</i>	5	PA; MO; 30D
SOMAVERT	5	PA; MO; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	3	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	PA
<i>testosterone enanthate</i>	3	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel</i>	4	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation</i>	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	3	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	4	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	4	PA; MO; QL (300 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	4	PA; MO; QL (37.5 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	4	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i>	4	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>tolvaptan</i>	5	PA; MO; 30D
VIMIZIM	5	PA; MO; LA; 30D
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	2	B/D PA; MO

### THYROID HORMONES

<i>euthyrox</i>	1	MO
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine intravenous recon soln</i>	2	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	MO
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine</i>	2	MO
<i>unithroid</i>	1	MO

### GASTROENTEROLOGY

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS</b>		
<i>atropine injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>atropine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	2	
<i>atropine intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml)</i>	2	
<i>dicyclomine intramuscular</i>	2	MO
<i>dicyclomine oral capsule</i>	2	MO
<i>dicyclomine oral solution</i>	4	MO
<i>dicyclomine oral tablet</i>	2	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	4	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	3	MO
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	2	MO
<i>glycopyrrolate injection</i>	2	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg</i>	3	
<i>loperamide oral capsule</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>opium tincture</i>	2	MO
<b>MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	4	PA; MO
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	5	PA; MO; 30D
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA; MO
<i>balsalazide</i>	4	MO
<i>betaine</i>	5	MO; 30D
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	4	MO
<i>budesonide oral tablet, delayed and extended release</i>	5	MO; 30D
<b>CHENODAL</b>	5	PA; LA; 30D
<b>CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG</b>	5	PA; 30D
<b>CHOLBAM ORAL CAPSULE 50 MG</b>	5	PA; 30D; QL (120 per 30 days)
<b>CINVANTI</b>	3	MO
<i>compro</i>	4	MO
<i>constulose</i>	2	MO
<b>CORTIFOAM</b>	3	MO
<b>CREON</b>	3	MO
<i>cromolyn oral</i>	4	MO
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	2	MO
<i>dronabinol oral capsule 10 mg</i>	4	B/D PA; MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	4	B/D PA
<i>droperidol injection solution</i>	2	MO
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	B/D PA
ENTYVIO	5	PA; MO; 30D; QL (2 per 28 days)
<i>enulose</i>	2	MO
<i>fosaprepitant</i>	2	MO
GATTEX 30-VIAL	5	PA; MO; 30D
GATTEX ONE-VIAL	5	PA; MO; 30D
<i>gavilyte-c</i>	2	MO
<i>gavilyte-g</i>	2	MO
<i>gavilyte-n</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	2	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>granisetron hcl oral</i>	4	B/D PA; MO
<i>hydrocortisone rectal</i>	4	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INFLECTRA	5	PA; MO; 30D; QL (20 per 28 days)
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	MO
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml</i>	2	
LINZESS	4	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone</i>	4	MO; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	MO
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets)</i>	4	MO
<i>mesalamine oral capsule, extended release</i>	5	30D
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	MO
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	4	MO
<i>mesalamine rectal</i>	4	MO
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	4	MO
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl injection syringe</i>	2	

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	MO
MOVANTIK	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nitroglycerin rectal</i>	3	MO
OICALIVA	5	PA; MO; LA; 30D; QL (30 per 30 days)
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution</i>	2	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe</i>	2	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	2	MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	4	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>palonosetron intravenous syringe</i>	2	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	2	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	4	MO
<i>peg-electrolyte</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG	4	MO
<i>prochlorperazine</i>	4	MO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	MO
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	2	MO
<i>procto-med hc</i>	2	MO
<i>proctosol hc topical</i>	2	MO
<i>proctozone-hc</i>	2	MO
RECTIV	3	MO
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	MO; 30D; QL (18 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	MO; 30D; QL (18 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	MO; 30D; QL (12 per 30 days)
<i>scopolamine base</i>	4	MO
SKYRIZI INTRAVENOUS	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 180 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5	PA; MO; 30D; QL (1.2 per 56 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; MO; 30D; QL (2.4 per 56 days)
<i>sodium,potassium,m ag sulfates oral recon soln 17.5- 3.13-1.6 gram</i>	4	MO
<i>sodium,potassium,m ag sulfates oral recon soln 17.5- 3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	4	
SUCRAID	5	PA; 30D
<i>sulfasalazine</i>	2	MO
TRULANCE	3	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	3	MO
<i>ursodiol oral tablet</i>	3	MO
VARUBI	3	B/D PA
VIOKACE	3	MO
ZYMFENTRA	5	PA; MO; 30D; QL (2 per 28 days)
<b>ULCER THERAPY</b>		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i>	2	MO
<i>famotidine (pf)</i>	2	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	2	MO
<i>famotidine intravenous</i>	2	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol</i>	3	MO
<i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous</i>	2	MO
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sucralfate oral suspension</i>	4	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>sucralfate oral tablet</i>	2	MO
<b>IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY</b>		
<b>BIOTECHNOLOGY DRUGS</b>		
ACTIMMUNE	5	B/D PA; MO; 30D
ARCALYST	5	PA; 30D
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	5	PA; MO; 30D; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	5	PA; MO; 30D; QL (1 per 28 days)
BESREMI	5	PA; LA; 30D
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	5	PA; MO; 30D; QL (14 per 28 days)
ILARIS (PF)	5	PA; MO; LA; 30D; QL (2 per 28 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN	5	PA; MO; 30D
MOZOBIL	5	B/D PA; MO; 30D
NIVESTYM	5	PA; MO; 30D
NYVEPRIA	5	PA; MO; 30D
OMNITROPE	5	PA; MO; 30D
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	MO; 30D; QL (4 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	MO; 30D; QL (2 per 28 days)
<i>plerixafor</i>	5	B/D PA; MO; 30D
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	5	PA; MO; 30D
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5	PA; MO; 30D
<b>VACCINES / MISCELLANEOUS IMMUNOLOGICALS</b>		
ABRYSVO (PF)	6	V
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT )(PF)	6	V

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
AREXVY (PF)	6	V
BCG VACCINE, LIVE (PF)	6	V
BEXSERO	6	V
BOOSTRIX TDAP	6	V
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	3	
DENGVAXIA (PF)	3	
ENGERIX-B (PF)	6	B/D PA; V
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	6	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	2	
GAMASTAN	3	MO
GARDASIL 9 (PF)	6	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	6	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF)	6	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	3	
HIZENTRA	5	B/D PA; MO; 30D
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
HYPERHEP B NEONATAL	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	6	V

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INFANRIX (DTAP) (PF)	3	
IPOL	6	V
IXCHIQ (PF)	6	V
IXIARO (PF)	6	V
JYNNEOS (PF)	6	B/D PA; V
KINRIX (PF)	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	6	V
MENQUADFI (PF)	6	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	6	V
M-M-R II (PF)	6	V
MRESVIA (PF)	6	V
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENBRAYA (PF)	6	V
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF)	6	B/D PA; V
PRIORIX (PF)	6	V
PRIVIGEN	5	PA; MO; 30D
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	6	V
RECOMBIVAX HB (PF)	6	B/D PA; V
ROTARIX	3	

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ROTATEQ VACCINE	3	
SHINGRIX (PF)	6	V; QL (2 per 720 days)
TDVAX	6	V
TENIVAC (PF)	6	V
TETANUS,DIPHTERIA TOX PED(PF)	3	
TICE BCG	3	B/D PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	V
TRUMENBA	6	V
TWINRIX (PF)	6	V
TYPHIM VI	6	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	6	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	6	V
VARIVAX (PF)	6	V
VARIZIG	3	
VAXCHORA VACCINE	6	V
YF-VAX (PF)	6	V
<b>MISCELLANEOUS SUPPLIES</b>		
<b>MISCELLANEOUS SUPPLIES</b>		
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	3	MO
BD PEN NEEDLE	3	MO
BD PEN NEEDLE	3	
CEQR SIMPLICITY	3	MO
CEQR SIMPLICITY INSERTER	3	MO
DEXCOM G6 RECEIVER	3	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
DEXCOM G6 SENSOR	3	MO
DEXCOM G6 TRANSMITTER	3	MO
DEXCOM G7 RECEIVER	3	MO
DEXCOM G7 SENSOR	3	MO
FREESTYLE FREEDOM LITE	3	MO
FREESTYLE INSULINX	3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	3	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	3	MO
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	3	
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	3	MO
FREESTYLE LIBRE 3 READER	3	MO
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	3	
FREESTYLE LITE METER	3	MO
GAUZE PADS 2 X 2	3	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	3	MO
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	3	MO; QL (1 per 720 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	3	MO
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 720 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	MO
OMNIPOD GO PODS	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	3	

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	3	
ONETOUCH ULTRA2 METER	3	MO
ONETOUCH VERIO FLEX METER	3	MO
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	3	
PEN NEEDLES (NON-PREFERRED BRANDS) NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	3	MO
PRECISION XTRA MONITOR	3	MO
V-GO 20	3	MO
V-GO 30	3	MO
V-GO 40	3	MO

## MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY

### GOUT THERAPY

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol sodium</i>	2	
<i>aloprim</i>	2	
<i>colchicine oral tablet</i>	3	MO
<i>febuxostat</i>	3	MO
<i>probenecid</i>	3	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>probenecid-colchicine</i>	3	MO
<b>OSTEOPOROSIS THERAPY</b>		
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution</i>	3	PA
<i>ibandronate intravenous syringe</i>	3	PA; MO
<i>ibandronate oral</i>	3	MO; QL (1 per 30 days)
PROLIA	4	PA; MO; QL (1 per 180 days)
<i>raloxifene</i>	3	MO
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	5	PA; 30D; QL (2.48 per 28 days)

### OTHER RHEUMATOLOGICALS

ACTEMRA ACTPEN	5	PA; MO; 30D; QL (3.6 per 28 days)
ACTEMRA INTRAVENOUS	5	PA; MO; 30D; QL (160 per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	5	PA; MO; 30D; QL (3.6 per 28 days)
ADALIMUMAB-ADAZ	5	PA; MO; 30D; QL (1.6 per 28 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
ADALIMUMAB-ADBIM (ONLY NDCS STARTING WITH 00597) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBIM (ONLY NDCS STARTING WITH 00597) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 30D; QL (2 per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBIM (ONLY NDCS STARTING WITH 00597) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; 30D; QL (4 per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBIM (ONLY NDCS STARTING WITH 00597) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBIM(CF) PEN CROHNS (ONLY NDCS STARTING WITH 00597)	5	PA; 30D; QL (6 per 180 days)
ADALIMUMAB-ADBIM(CF) PEN PS-UV (ONLY NDCS STARTING WITH 00597)	5	PA; 30D; QL (4 per 180 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
BENLYSTA	5	PA; MO; 30D
CYLTEZO(CF) PEN	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA; 30D; QL (6 per 180 days)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	5	PA; 30D; QL (4 per 180 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 30D; QL (2 per 28 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; 30D; QL (4 per 28 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
ENBREL MINI	5	PA; MO; 30D; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; 30D; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; MO; 30D; QL (8 per 28 days)
ENBREL SURECLICK	5	PA; MO; 30D; QL (8 per 28 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HUMIRA (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
HUMIRA PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; MO; 30D; QL (2 per 28 days)
HUMIRA(CF) (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 30D; QL (2 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	5	PA; MO; 30D; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	5	PA; 30D; QL (4 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	5	PA; MO; 30D; QL (3 per 180 days)
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314)	5	PA; MO; 30D; QL (2.4 per 180 days)
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314)	5	PA; MO; 30D; QL (1.6 per 180 days)
HYRIMOZ(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML	5	PA; MO; 30D; QL (0.2 per 28 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HYRIMOZ(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML	5	PA; MO; 30D; QL (0.4 per 28 days)
HYRIMOZ(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; 30D; QL (1.6 per 28 days)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 30D; QL (2.4 per 180 days)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 30D; QL (1.2 per 180 days)
HYRIMOZ(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML	5	PA; 30D; QL (1.6 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
HYRIMOZ(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML	5	PA; MO; 30D; QL (1.6 per 28 days)
<i>leflunomide</i>	3	MO; QL (30 per 30 days)
ORENCIA (WITH MALTOSE)	5	PA; MO; 30D; QL (12 per 28 days)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	5	PA; MO; 30D; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	5	PA; MO; 30D; QL (1.6 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; MO; 30D; QL (2.8 per 28 days)
OTEZLA	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; MO; 30D; QL (55 per 180 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>penicillamine oral tablet</i>	5	PA; MO; 30D
RIDAURA	5	MO; 30D
RINVOQ LQ	5	PA; MO; 30D; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5	PA; MO; 30D; QL (84 per 180 days)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	5	PA; MO; 30D; QL (6 per 28 days)
TYENNE AUTOINJECTOR	5	PA; MO; 30D; QL (3.6 per 28 days)
TYENNE INTRAVENOUS	5	PA; MO; 30D; QL (160 per 28 days)
TYENNE SUBCUTANEOUS	5	PA; MO; 30D; QL (3.6 per 28 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION	5	PA; MO; 30D; QL (480 per 24 days)
XELJANZ ORAL TABLET	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
XELJANZ XR	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>OBSTETRICS / GYNECOLOGY</b>		
<b>ESTROGENS / PROGESTINS</b>		
<i>camila</i>	2	MO
<i>deblitane</i>	2	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	MO
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.05 mg/24 hr</i>	3	PA; QL (8 per 28 days)
<i>emzahh</i>	2	
<i>errin</i>	2	MO
<i>estradiol oral</i>	4	PA; MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	3	PA; MO; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal</i>	4	MO
<i>estradiol valerate</i>	4	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	3	PA; MO
<i>fyavolv</i>	4	PA; MO
<i>gallifrey</i>	2	MO
<i>heather</i>	2	MO
<i>incassia</i>	2	MO
<i>jencycla</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>jinteli</i>	4	PA; MO
<i>lyleq</i>	2	MO
<i>lyllana</i>	3	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>lyza</i>	2	
<i>medroxyprogesterone</i>	2	MO
MENEST	3	PA; MO
<i>mimvey</i>	3	PA; MO
<i>nora-be</i>	2	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	2	
<i>norethindrone acetate</i>	2	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	4	PA; MO
<i>progesterone</i>	2	MO
<i>progesterone micronized</i>	3	MO
<i>sharobel</i>	2	MO
<i>yuvaferm</i>	4	
<b>MISCELLANEOUS OB/GYN</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	4	MO
<i>eluryng</i>	4	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	4	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	3	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	2	LA
MYFEMBREE	5	PA; MO; 30D
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	3	
<i>terconazole</i>	3	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	3	MO
<i>vandazole</i>	3	MO
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	MO
<b>ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS</b>		
<i>altavera (28)</i>	2	MO
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	2	MO
<i>apri</i>	2	MO
<i>aranelle (28)</i>	2	MO
<i>aubra eq</i>	2	MO
<i>aviane</i>	2	MO
<i>azurette (28)</i>	2	MO
<i>cryselle (28)</i>	2	MO
<i>cyred eq</i>	2	MO
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	2	MO
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>elinest</i>	2	MO
<i>enpresse</i>	2	MO
<i>enskyce</i>	2	MO
<i>estarylla</i>	2	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	2	
<i>falmina (28)</i>	2	MO
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	MO
<i>jasmiel (28)</i>	2	MO
<i>jolessa</i>	2	MO
<i>juleber</i>	2	MO
<i>kalliga</i>	2	
<i>kariva (28)</i>	2	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>kelnor 1/50 (28)</i>	2	MO
<i>kurvelo (28)</i>	2	MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	2	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2	MO
<i>lessina</i>	2	MO
<i>levonest (28)</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month</i>	2	
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	2	
<i>levora-28</i>	2	MO
<i>loryna (28)</i>	2	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	2	MO
<i>lo-zumandimine (28)</i>	2	MO
<i>lutera (28)</i>	2	MO
<i>marlissa (28)</i>	2	MO
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	2	MO
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	2	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	2	MO
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	2	MO
<i>mili</i>	2	MO
<i>mono-linyah</i>	2	MO
<i>nikki (28)</i>	2	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	2	MO
<i>pimtree (28)</i>	2	MO
<i>portia 28</i>	2	MO
<i>reclipsen (28)</i>	2	MO
<i>setlakin</i>	2	MO
<i>sprintec (28)</i>	2	MO
<i>sronyx</i>	2	MO
<i>syeda</i>	2	MO
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	2	MO
<i>tilia fe</i>	4	MO
<i>tri-estarylla</i>	2	MO
<i>tri-legest fe</i>	4	MO
<i>tri-linyah</i>	2	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	MO
<i>tri-lo-marzia</i>	2	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tri-sprintec (28)</i>	2	MO
<i>trivora (28)</i>	2	MO
<i>turqoz (28)</i>	2	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	2	MO
<i>vestura (28)</i>	2	MO
<i>vienva</i>	2	MO
<i>viorele (28)</i>	2	MO
<i>wera (28)</i>	2	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	2	MO
<i>zumandimine (28)</i>	2	MO
<b>OXYTOCICS</b>		
<i>methylergonovine oral</i>	4	PA
<b>OPHTHALMOLOGY</b>		
<b>ANTIBIOTICS</b>		
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	2	MO; QL (3.5 per 14 days)
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	2	MO; QL (70 per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye)</i>	3	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	3	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i>	3	
NATACYN	4	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	3	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	3	MO
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	2	MO
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	2	MO; QL (10 per 14 days)
<b>ANTIVIRALS</b>		
<i>trifluridine</i>	3	MO
ZIRGAN	4	MO
<b>BETA-BLOCKERS</b>		
<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>carteolol</i>	2	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	4	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>MISCELLANEOUS OPHTHALMOLOGICS</b>		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	3	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>bss</i>	2	
CIMERLI	5	PA; MO; 30D
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
CYSTARAN	5	PA; 30D
<i>epinastine</i>	3	MO
EYLEA	5	PA; MO; 30D
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	3	MO
OXERVATE	5	PA; MO; 30D
PHOSPHOLINE IODIDE	4	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	2	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
XDEMZY	5	PA; 30D; QL (10 per 42 days)
XIIDRA	3	MO; QL (60 per 30 days)

### NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	2	MO

### ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA

<i>acetazolamide</i>	3	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	2	MO
<i>methazolamide</i>	4	MO

### OTHER GLAUCOMA DRUGS

<i>dorzolamide</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol</i>	2	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
<i>miostat</i>	2	
<i>tafluprost (pf)</i>	3	MO
<i>travoprost</i>	3	MO

### STEROID-ANTIBIOTIC COMBINATIONS

<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	3	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	4	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>neo-polycin hc</i>	3	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	3	MO; QL (10 per 14 days)

### STEROIDS

<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>fluorometholone</i>	3	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	3	MO
OZURDEX	5	MO; 30D
<i>prednisolone acetate</i>	2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	MO

### SYMPATHOMIMETICS

<i>apraclonidine</i>	3	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	3	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	MO

### RESPIRATORY AND ALLERGY

#### ANTI-HISTAMINE / ANTI-ALLERGENIC AGENTS

<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	2	MO
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	MO
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	2	MO
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i>	2	PA
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	3	MO; QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	2	PA; MO
<i>levocetirizine oral solution</i>	4	MO
<i>levocetirizine oral tablet</i>	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>promethazine injection solution</i>	4	MO
<i>promethazine oral</i>	4	PA; MO
<b>PULMONARY AGENTS</b>		
<i>acetylcysteine</i>	3	B/D PA; MO
ADEMPAS	5	PA; MO; LA; 30D
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	2	MO; QL (17 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	2	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	4	MO
<i>alyq</i>	5	PA; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>ambriasantan</i>	5	PA; MO; LA; 30D
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION , 200 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (13 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 50 MCG/ACTUATION	3	QL (13 per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACTUATION (30), 220 MCG/ACTUATION (30), 220 MCG/ACTUATION (60)	3	MO; QL (1 per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACTUATION (120)	3	MO; QL (2 per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACTUATION (14)	3	QL (2 per 28 days)
ATROVENT HFA	4	MO; QL (25.8 per 30 days)
<i>bosentan</i>	5	PA; MO; LA; 30D
<i>breynd</i>	3	MO; QL (10.3 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
BREZTRI AEROSPHERE	3	MO; QL (10.7 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol</i>	3	QL (10.2 per 30 days)
CINRYZE	5	PA; MO; 30D
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (8 per 30 days)
<i>cromolyn inhalation</i>	4	B/D PA; MO
DULERA	3	MO; QL (13 per 30 days)
<i>flunisolide</i>	3	MO; QL (50 per 30 days)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	4	ST; MO; QL (12 per 30 days)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	4	ST; MO; QL (24 per 30 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	4	ST; MO; QL (10.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	MO; QL (16 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device</i>	3	MO; QL (60 per 30 days)
<i>formoterol fumarate</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>icatibant</i>	5	PA; MO; 30D
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	2	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D PA; MO
KALYDECO	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)
<i>montelukast oral granules in packet</i>	4	MO
<i>montelukast oral tablet</i>	2	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	2	MO
OFEV	5	PA; MO; 30D; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT	5	PA; MO; LA; 30D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
OPSYNVI	5	PA; MO; 30D; QL (30 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET	5	PA; MO; 30D; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule</i>	5	PA; MO; 30D; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	5	PA; MO; 30D; QL (90 per 30 days)
PULMOZYME	5	B/D PA; MO; 30D
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	3	QL (10.6 per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 per 30 days)
<i>roflumilast</i>	4	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sajazir</i>	5	PA; MO; 30D

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	5	PA; 30D
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	3	PA; MO; QL (90 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT	3	MO; QL (4 per 30 days)
SYMDEKO	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	5	PA; 30D; QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline oral</i>	4	MO
<i>terbutaline subcutaneous</i>	2	MO
THEO-24	3	MO
<i>theophylline oral elixir</i>	4	MO
<i>theophylline oral solution</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr</i>	2	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>tiotropium bromide</i>	3	QL (90 per 90 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	5	PA; MO; 30D; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	5	PA; MO; 30D; QL (84 per 28 days)
TYVASO	5	B/D PA; MO; 30D
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	5	B/D PA; 30D
TYVASO REFILL KIT	5	B/D PA; MO; 30D
TYVASO STARTER KIT	5	B/D PA; MO; 30D
<i>wixela inhub</i>	3	QL (60 per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; MO; LA; 30D; QL (8 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	5	PA; MO; LA; 30D; QL (1 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; MO; LA; 30D; QL (8 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; MO; LA; 30D; QL (8 per 28 days)

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; MO; LA; 30D; QL (1 per 28 days)
<i>zafirlukast</i>	4	MO
<b>UROLOGICALS</b>		
<b>ANTICHOLINERGICS / ANTISPASMODICS</b>		
<i>mirabegron</i>	3	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXT ENDED REL RECON	3	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	3	MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	2	MO
<i>tolterodine</i>	4	MO
<i>trospium oral tablet</i>	2	MO
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA(BPH) THERAPY</b>		
<i>alfuzosin</i>	2	MO
<i>dutasteride</i>	2	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	2	MO
<i>tamsulosin</i>	2	MO

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<b>MISCELLANEOUS UROLOGICALS</b>		
<i>bethanechol chloride</i>	3	MO
CYSTAGON	4	PA; LA
ELMIRON	3	MO
<i>glycine urologic</i>	2	
<i>glycine urologic solution</i>	2	
K-PHOS NO 2	3	MO
K-PHOS ORIGINAL	3	MO
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	2	MO
RENACIDIN	3	MO
<b>VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES</b>		
<b>BLOOD DERIVATIVES</b>		
<i>albumin, human 25 %</i>	4	
<i>alburx (human) 25 %</i>	4	
<i>alburx (human) 5 %</i>	4	
<i>albutein 25 %</i>	4	
<i>albutein 5 %</i>	4	
<b>ELECTROLYTES</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	3	MO; QL (360 per 30 days)
<i>calcium chloride</i>	2	
<i>calcium gluconate intravenous</i>	2	

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>effer-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	2	MO
<i>klor-con 10</i>	2	MO
<i>klor-con 8</i>	2	MO
<i>klor-con m10</i>	2	MO
<i>klor-con m15</i>	2	MO
<i>klor-con m20</i>	2	MO
<i>klor-con oral packet 20</i>	4	MO
<i>klor-con/ef</i>	2	MO
<i>lactated ringers intravenous</i>	4	MO
<i>magnesium chloride injection</i>	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	3	
<i>magnesium sulfate in water</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	4	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	4	
<i>potassium acetate</i>	4	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	4	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ Límites
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	4	
<i>potassium chloride intravenous</i>	4	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	2	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	4	MO
<i>potassium chloride oral packet</i>	4	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	4	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	4	
<i>ringer's intravenous</i>	4	
<i>sodium acetate</i>	4	
<i>sodium bicarbonate intravenous</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	4	MO
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	4	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	4	MO
<i>sodium chloride intravenous</i>	4	
<i>sodium phosphate</i>	4	MO
<b>MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS</b>		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	4	B/D PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/ L ímites
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
<i>electrolyte-148</i>	3	
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	4	
<i>electrolyte-a</i>	3	
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	4	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	4	
ISOLYTE-S	4	
PLASMA-LYTE A	3	
PLENAMINE	4	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	4	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	4	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	4	B/D PA

**VITAMINS / HEMATINICS**

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

Última Actualización 11/18/2024.

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ L ímites</b>
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	2	MO

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Requisitos/ L ímites</b>
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	2	MO
<i>wescap-pn dha</i>	2	MO

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

Última Actualización 11/18/2024.

## Index

<b>A</b>		
<i>abacavir</i> .....	2	<i>adenosine</i> .....
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	2	<i>adrenalin</i> .....
ABELCET.....	2	ADSTILADRIN.....
ABILIFY ASIMTUFII.....	36	AKEEGA.....
ABILIFY MAINTENA.....	36	<i>ala-cort</i> .....
<i>abiraterone</i> .....	12	<i>albendazole</i> .....
ABRAXANE.....	12	<i>albumin, human 25 %</i> .....
ABRYSVO (PF).....	68	<i>alburx (human) 25 %</i> .....
<i>acamprosate</i> .....	55	<i>alburx (human) 5 %</i> .....
<i>acarbose</i> .....	59	<i>albutein 25 %</i> .....
<i>accutane</i> .....	52	<i>albutein 5 %</i> .....
<i>acebutolol</i> .....	43	<i>albuterol sulfate</i> .....
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	33	<i>alclometasone</i> .....
<i>acetazolamide</i> .....	81	<i>alcohol pads</i> .....
<i>acetazolamide sodium</i> .....	81	ALDURAZYME.....
<i>acetic acid</i> .....	55, 58	ALECENSA.....
<i>acetylcysteine</i> .....	55, 82	<i>alendronate</i> .....
<i>acitretin</i> .....	50	<i>alfuzosin</i> .....
ACTEMRA .....	72	ALIQOPA .....
ACTEMRA ACTPEN.....	72	<i>aliskiren</i> .....
ACTHIB (PF).....	68	<i>allopurinol</i> .....
ACTIMMUNE .....	67	<i>allopurinol sodium</i> .....
<i>acyclovir</i> .....	2, 54	<i>aloprim</i> .....
<i>acyclovir sodium</i> .....	2	<i>alosetron</i> .....
ADACEL(TDAP		<i>altavera (28)</i> .....
ADOLESN/ADULT)(PF) 68		ALUNBRIG .....
ADALIMUMAB-ADAZ .....	72	<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....
ADALIMUMAB-ADBM		<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> .....
(ONLY NDCS STARTING		<i>alyq</i> .....
WITH 00597) .....	72, 73	<i>amantadine hcl</i> .....
ADALIMUMAB-ADBM(CF)		<i>ambrisentan</i> .....
PEN CROHNS (ONLY		<i>amikacin</i> .....
NDCS STARTING WITH		<i>amiloride</i> .....
00597).....	73	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>
ADALIMUMAB-ADBM(CF)		.....
PEN PS-UV (ONLY NDCS		<i>aminocaproic acid</i> .....
STARTING WITH 00597)		<i>amiodarone</i> .....
.....	73	<i>amitriptyline</i> .....
ADCETRIS .....	12	<i>amlodipine</i> .....
<i>adefovir</i> .....	2	<i>amlodipine-benazepril</i> .....
ADEMPAS.....	82	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....
		<i>amlodipine-valsartan</i> .....
		<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>
		.....
		<i>ammonium lactate</i> .....
		<i>amnestem</i> .....
		<i>amoxapine</i> .....
		<i>amoxicillin</i> .....
		<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ...
		9,
		10
		<i>amphotericin b</i> .....
		<i>ampicillin</i> .....
		<i>ampicillin sodium</i> .....
		<i>ampicillin-sulbactam</i> .....
		<i>anagrelide</i> .....
		<i>anastrozole</i> .....
		ANKTIVA.....
		APOKYN .....
		<i>apomorphine</i> .....
		<i>apraclonidine</i> .....
		<i>aprepitant</i> .....
		<i>apri</i> .....
		APTIOM.....
		APTIVUS .....
		<i>aranelle (28)</i> .....
		ARCALYST .....
		AREXVY (PF) .....
		<i>arformoterol</i> .....
		ARIKAYCE .....
		<i>aripiprazole</i> .....
		ARISTADA.....
		ARISTADA INITIO.....
		<i>armodafinil</i> .....
		<i>arsenic trioxide</i> .....
		<i>asenapine maleate</i> .....
		ASMANEX HFA .....
		ASMANEX TWISTHALER 83
		ASPARLAS.....
		<i>aspirin-dipyridamole</i> .....
		<i>atazanavir</i> .....
		<i>atenolol</i> .....
		<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....
		<i>atomoxetine</i> .....
		<i>atorvastatin</i> .....

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>atovaquone</i> .....	7	<i>betaxolol</i> .....	44, 80	CABOMETYX.....	13
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	7	<i>bethanechol chloride</i> .....	86	<i>caffeine citrate</i> .....	55
<i>atropine</i> .....	63, 64, 80	<i>bexarotene</i> .....	13	<i>calcipotriene</i> .....	50
ATROVENT HFA .....	83	BEXSERO.....	68	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	62
<i>aubra eq</i> .....	77	<i>bicalutamide</i> .....	13	<i>calcitriol</i> .....	62
AUGMENTIN.....	10	BICILLIN C-R .....	10	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> .....	86
AUGTYRO .....	13	BICILLIN L-A .....	10	<i>calcium chloride</i> .....	86
AUVELITY.....	36	BIKTARVY .....	3	<i>calcium gluconate</i> .....	86
<i>aviane</i> .....	77	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	44	CALQUENCE.....	14
AVONEX .....	68	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	44	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....	14
AYVAKIT.....	13	<i>bleomycin</i> .....	13	<i>camila</i> .....	76
<i>azacitidine</i> .....	13	BLINCYTO.....	13	<i>candesartan</i> .....	44
<i>azathioprine</i> .....	13	BOOSTRIX TDAP.....	68	<i>candesartan-</i> <i>hydrochlorothiazid</i> .....	44
<i>azathioprine sodium</i> .....	13	<i>bortezomib</i> .....	13	CAPLYTA.....	37
<i>azelastine</i> .....	57, 80	BORTEZOMIB .....	13	CAPRELSA.....	14
<i>azithromycin</i> .....	6	<i>bosentan</i> .....	83	<i>captopril</i> .....	44
<i>aztreonam</i> .....	7	BOSULIF .....	13	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> .....	44
<i>azurette (28)</i> .....	77	BRAFTOVI.....	13	<i>carbamazepine</i> .....	26, 27
<b>B</b>		<i>breyana</i> .....	83	<i>carbidopa</i> .....	30
<i>bacitracin</i> .....	7, 79	BREZTRI AEROSPHERE..	83	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	30
<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	79	BRILINTA .....	46	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone</i> .....	30
<i>baclofen</i> .....	32	<i>brimonidine</i> .....	81	<i>carboplatin</i> .....	14
<i>balsalazide</i> .....	64	BRIUMVI.....	31	<i>carglumic acid</i> .....	55
BALVERSA.....	13	BRIVIACT .....	26	<i>carmustine</i> .....	14
BARACLUDE .....	2	<i>bromocriptine</i> .....	30	<i>carteolol</i> .....	80
BAVENCIO .....	13	BRUKINSA.....	13	<i>cartia xt</i> .....	44
BCG VACCINE, LIVE (PF) 68		<i>bss</i> .....	80	<i>carvedilol</i> .....	44
BD INSULIN SYRINGE .....	70	<i>budesonide</i> .....	64, 83	<i>caspofungin</i> .....	2
BD PEN NEEDLE .....	70	<i>budesonide-formoterol</i> .....	83	CAYSTON .....	7
BELEODAQ .....	13	<i>bumetanide</i> .....	44	<i>cefaclor</i> .....	5
BELSOMRA .....	36	<i>buprenorphine hcl</i> .....	33	<i>cefadroxil</i> .....	5
<i>benazepril</i> .....	44	<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	35	<i>cefazolin</i> .....	5, 6
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	44	<i>bupropion hcl</i> .....	36, 37	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> ..	5
<i>bendamustine</i> .....	13	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> .....	57	<i>cefdinir</i> .....	6
BENDEKA.....	13	<i>buspirone</i> .....	37	<i>cefepime</i> .....	6
BENLYSTA .....	73	<i>busulfan</i> .....	13	<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i> ..	6
<i>benztropine</i> .....	30	<i>butorphanol</i> .....	35	<i>cefixime</i> .....	6
BESPONSA .....	13	BYDUREON BCISE .....	59	<i>cefoxitin</i> .....	6
BESREMI.....	68	BYETTA .....	59	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .	6
<i>betaine</i> .....	64	<b>C</b>			
<i>betamethasone dipropionate</i> 54		CABENUVA.....	3		
<i>betamethasone valerate</i> .....	54	<i>cabergoline</i> .....	62		
<i>betamethasone, augmented</i> ..	54	CABLIVI.....	46		
BETASERON .....	68				

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>cefpodoxime</i> .....6	<i>cladribine</i> .....14	<i>colistin (colistimethate na)</i> .....7
<i>cefprozil</i> .....6	<i>claravis</i> .....52	COLUMVI .....14
<i>ceftazidime</i> .....6	<i>clarithromycin</i> .....7	COMBIVENT RESPIMAT..83
<i>ceftriaxone</i> .....6	<i>clindamycin hcl</i> .....7	COMETRIQ .....14
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> .6	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..7	COMPLERA .....3
<i>cefuroxime axetil</i> .....6	<i>clindamycin phosphate</i> ....7, 52,	<i>compro</i> .....64
<i>cefuroxime sodium</i> .....6	53, 77	<i>constulose</i> .....64
<i>celecoxib</i> .....35	CLINIMIX 5%/D15W	COPIKTRA .....14
<i>cephalexin</i> .....6	SULFITE FREE .....88	CORLANOR .....49
CEPROTIN (BLUE BAR)...46	CLINIMIX 4.25%/D10W	CORTIFOAM.....64
CEPROTIN (GREEN BAR) 46	SULF FREE .....88	<i>cortisone</i> .....58
CEQUR SIMPLICITY .....70	CLINIMIX 4.25%/D5W	COTELLIC.....14
CEQUR SIMPLICITY	SULFIT FREE.....55	CREON.....64
INSERTER.....70	CLINIMIX 5%-	CRESEMBA.....2
<i>cetirizine</i> .....81	D20W(SULFITE-FREE)..88	<i>cromolyn</i> .....64, 80, 83
CHEMET .....55	CLINIMIX 6%-D5W	<i>crotan</i> .....55
CHENODAL.....64	(SULFITE-FREE) .....88	<i>cryselle (28)</i> .....77
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	CLINIMIX 8%-	CRYSVITA .....62
.....7	D10W(SULFITE-FREE)..88	<i>cyclobenzaprine</i> .....32
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....57	CLINIMIX 8%-	<i>cyclophosphamide</i> .....14
<i>chloroprocaine (pf)</i> .....51	D14W(SULFITE-FREE)..88	CYCLOPHOSPHAMIDE ....14
<i>chloroquine phosphate</i> .....7	<i>clobazam</i> .....27	<i>cyclosporine</i> .....14, 80
<i>chlorothiazide sodium</i> .....44	<i>clobetazol</i> .....54	<i>cyclosporine modified</i> .....14
<i>chlorpromazine</i> .....37	<i>clobetazol-emollient</i> .....54	CYLTEZO(CF) .....73
<i>chlorthalidone</i> .....44	<i>clodan</i> .....54	CYLTEZO(CF) PEN .....73
CHOLBAM.....64	<i>clofarabine</i> .....14	CYLTEZO(CF) PEN
<i>cholestyramine (with sugar)</i> .48	<i>clomid</i> .....62	CROHN'S-UC-HS .....73
<i>cholestyramine light</i> .....48	<i>clomiphene citrate</i> .....62	CYLTEZO(CF) PEN
<i>ciclodan</i> .....53	<i>clomipramine</i> .....37	PSORIASIS-UV .....73
<i>ciclopirox</i> .....53	<i>clonazepam</i> .....27	CYRAMZA .....14
<i>cidofovir</i> .....3	<i>clonidine (pf)</i> .....35, 44	<i>cyred eq</i> .....77
<i>cilostazol</i> .....46	<i>clonidine hcl</i> .....37, 44	CYSTAGON .....86
CIMDUO.....3	<i>clonidine transdermal patch</i> .44	CYSTARAN.....80
CIMERLI .....80	<i>clopidogrel</i> .....46, 47	<i>cytarabine</i> .....14
<i>cinacalcet</i> .....62	<i>clorazepate dipotassium</i> .....37	<i>cytarabine (pf)</i> .....14, 15
CINRYZE.....83	<i>clotrimazole</i> .....2, 53	<b>D</b>
CINVANTI.....64	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .53	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>
<i>ciprofloxacin</i> .....11	<i>clozapine</i> .....37	.....55
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....11, 58, 79	COARTEM .....7	<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i>
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	COBENFY .....37	<i>chloride</i> .....56
.....11	COBENFY STARTER PACK	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	.....37	<i>chloride</i> .....56
.....58	<i>colchicine</i> .....72	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>
<i>cisplatin</i> .....14	<i>colesevelam</i> .....48	.....56
<i>citalopram</i> .....37	<i>colestipol</i> .....48	<i>dabigatran etexilate</i> .....47

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>dacarbazine</i> .....	15	DEXCOM G6		<i>divalproex</i> .....	27
<i>dactinomycin</i> .....	15	TRANSMITTER .....	70	<i>dobutamine</i> .....	49
<i>dalfampridine</i> .....	31	DEXCOM G7 RECEIVER ..	70	<i>dobutamine in d5w</i> .....	49
<i>danazol</i> .....	62	DEXCOM G7 SENSOR .....	70	<i>docetaxel</i> .....	15
<i>dantrolene</i> .....	32	<i>dexrazoxane hcl</i> .....	12	<i>dofetilide</i> .....	43
DANYELZA .....	15	<i>dextroamphetamine-</i>		<i>donepezil</i> .....	31
<i>dapsone</i> .....	7	<i>amphetamine</i> .....	37	<i>dopamine</i> .....	50
DAPTACEL (DTAP		<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>		<i>dopamine in 5 % dextrose</i> ....	49
PEDIATRIC) (PF).....	69	.....	56	DOPTELET (10 TAB PACK)	
<i>daptomycin</i> .....	7	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>		.....	47
DAPTOMYCIN .....	7	.....	56	DOPTELET (15 TAB PACK)	
<i>darunavir</i> .....	3	<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>		.....	47
DARZALEX .....	15	.....	56	DOPTELET (30 TAB PACK)	
<i>dasatinib</i> .....	15	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ..	56	.....	47
<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	77	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>		<i>dorzolamide</i> .....	81
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....	77	.....	56	<i>dorzolamide-timolol</i> .....	81
<i>daunorubicin</i> .....	15	<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>		<i>dotti</i> .....	76
DAURISMO.....	15	<i>chloride</i> .....	56	DOVATO .....	3
<i>deblitane</i> .....	76	<i>dextrose 5%-0.3 %</i>		<i>doxazosin</i> .....	44
<i>decitabine</i> .....	15	<i>sod.chloride</i> .....	56	<i>doxepin</i> .....	37
<i>deferasirox</i> .....	56	<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>		<i>doxercalciferol</i> .....	62
<i>deferiprone</i> .....	56	.....	56	<i>doxorubicin</i> .....	15
<i>deferoxamine</i> .....	56	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>		<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..	15
DELSTRIGO.....	3	.....	56	<i>doxy-100</i> .....	11
DENGVAXIA (PF).....	69	DIACOMIT .....	27	<i>doxycycline hyclate</i> .....	11
<i>denta 5000 plus</i> .....	57	<i>diazepam</i> .....	27, 37	<i>doxycycline monohydrate</i> ....	11
<i>dentagel</i> .....	57	<i>diazepam intensol</i> .....	37	DRIZALMA SPRINKLE.....	38
DEPO-SUBQ PROVERA 104		<i>diazoxide</i> .....	59	<i>dronabinol</i> .....	64
.....	76	<i>diclofenac potassium</i> .....	35	<i>droperidol</i> .....	64
<i>dermacinrx lidocan</i> .....	51	<i>diclofenac sodium</i> .....	35, 80	DROPSAFE ALCOHOL	
DESCOVY .....	3	<i>dicloxacillin</i> .....	10	PREP PADS .....	59
<i>desipramine</i> .....	37	<i>dicyclomine</i> .....	64	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	
<i>desmopressin</i> .....	62	DIFICID .....	7	.....	77
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	77	<i>diflunisal</i> .....	35	DROXIA.....	15
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	77	<i>digoxin</i> .....	49	<i>droxidopa</i> .....	56
<i>desonide</i> .....	54	<i>dihydroergotamine</i> .....	30	DULERA.....	83
<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	37	DILANTIN 30 MG .....	27	<i>duloxetine</i> .....	38
<i>dexamethasone</i> .....	58	<i>diltiazem hcl</i> .....	44	DUPIXENT PEN.....	51
<i>dexamethasone intensol</i> .....	58	<i>dilt-xr</i> .....	44	DUPIXENT SYRINGE.....	51
<i>dexamethasone sodium phos</i>		<i>dimenhydrinate</i> .....	64	<i>dutasteride</i> .....	86
(pf) .....	58	<i>dimethyl fumarate</i> .....	31	<b>E</b>	
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>diphenhydramine hcl</i> .....	81	<i>e.e.s. 400</i> .....	7
<i>phosphate</i> .....	58, 81	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	64	<i>ec-naproxen</i> .....	35
DEXCOM G6 RECEIVER ..	70	<i>dipyridamole</i> .....	47	<i>econazole</i> .....	53
DEXCOM G6 SENSOR .....	70	<i>disulfiram</i> .....	56	EDURANT .....	3

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>efavirenz</i> .....	3	<i>enpresse</i> .....	77	<i>etodolac</i> .....	35
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 3		<i>enskyce</i> .....	77	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		<i>entacapone</i> .....	30	.....	77
.....	3	<i>entecavir</i> .....	3	<b>ETOPHOS</b> .....	16
<i>effer-k</i> .....	86	<b>ENTRESTO</b> .....	50	<i>etoposide</i> .....	16
<b>ELAPRASE</b> .....	62	<b>ENTRESTO SPRINKLE</b> .....	50	<i>etravirine</i> .....	3
<i>electrolyte-148</i> .....	88	<b>ENTYVIO</b> .....	65	<i>euthyrox</i> .....	63
<i>electrolyte-48 in d5w</i> .....	88	<i>enulose</i> .....	65	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	16
<i>electrolyte-a</i> .....	88	<b>ENVARCUS XR</b> .....	15	<i>everolimus</i>	
<b>ELIGARD</b> .....	15	<b>EPCLUSA</b> .....	3	( <i>immunosuppressive</i> ).....	16
<b>ELIGARD (3 MONTH)</b> .....	15	<b>EPIDIOLEX</b> .....	27	<b>EVOTAZ</b> .....	3
<b>ELIGARD (4 MONTH)</b> .....	15	<i>epinastine</i> .....	80	<i>exemestane</i> .....	16
<b>ELIGARD (6 MONTH)</b> .....	15	<i>epinephrine</i> .....	82	<b>EYLEA</b> .....	80
<i>elimest</i> .....	77	<i>epirubicin</i> .....	15	<i>ezetimibe</i> .....	48
<b>ELIQUIS</b> .....	47	<i>epitol</i> .....	27	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	48
<b>ELIQUIS DVT-PE TREAT</b>		<b>EPKINLY</b> .....	15	<b>F</b>	
<b>30D START</b> .....	47	<i>eplerenone</i> .....	44	<b>FABRAZYME</b> .....	62
<b>ELITEK</b> .....	12	<b>EPRONTIA</b> .....	27	<i>falmina (28)</i> .....	78
<b>ELMIRON</b> .....	86	<b>ERBITUX</b> .....	15	<i>famciclovir</i> .....	3
<b>ELREXFIO</b> .....	15	<i>ergotamine-caffeine</i> .....	30	<i>famotidine</i> .....	67
<i>eluryng</i> .....	77	<i>eribulin</i> .....	16	<i>famotidine (pf)</i> .....	67
<b>ELZONRIS</b> .....	15	<b>ERIVEDGE</b> .....	16	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> 67	
<b>EMEND</b> .....	65	<b>ERLEADA</b> .....	16	<b>FANAPT</b> .....	38
<b>EMGALITY PEN</b> .....	30	<i>erlotinib</i> .....	16	<b>FARXIGA</b> .....	59
<b>EMGALITY SYRINGE</b> .....	30	<i>errin</i> .....	76	<i>febuxostat</i> .....	72
<b>EMPLICITI</b> .....	15	<i>ertapenem</i> .....	7	<i>felbamate</i> .....	27
<b>EMSAM</b> .....	38	<b>ERWINASE</b> .....	16	<i>felodipine</i> .....	44
<i>emtricitabine</i> .....	3	<i>ery pads</i> .....	53	<i>fenofibrate</i> .....	48
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...3		<i>ery-tab</i> .....	7	<i>fenofibrate micronized</i> .....	48
<b>EMTRIVA</b> .....	3	<i>erythrocin (as stearate)</i> .....	7	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .48	
<b>EMVERM</b> .....	7	<i>erythromycin</i> .....	7, 79	<i>fenofibric acid</i> .....	48
<i>emzahn</i> .....	76	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...7		<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	48
<i>enalapril maleate</i> .....	44	<i>erythromycin with ethanol</i> ...53		<i>fentanyl</i> .....	33
<i>enalaprilat</i> .....	44	<i>escitalopram oxalate</i> .....	38	<i>fentanyl citrate</i> .....	33
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>esmolol</i> .....	44	<i>fentanyl citrate (pf)</i> .....	33
.....	44	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	67	<b>FETZIMA</b> .....	38
<b>ENBREL</b> .....	73	<i>esomeprazole sodium</i> .....	67	<i>finasteride</i> .....	86
<b>ENBREL MINI</b> .....	73	<i>estarylla</i> .....	77	<i>fingolimod</i> .....	31
<b>ENBREL SURECLICK</b> .....	73	<i>estradiol</i> .....	76	<b>FINTEPLA</b> .....	27
<b>ENDARI</b> .....	56	<i>estradiol valerate</i> .....	76	<b>FIRDAPSE</b> .....	31
<i>endocet</i> .....	33	<i>estradiol-norethindrone acet</i> 76		<b>FIRMAGON KIT W</b>	
<b>ENGERIX-B (PF)</b> .....	69	<i>ethacrynate sodium</i> .....	44	<b>DILUENT SYRINGE</b> .....	16
<b>ENGERIX-B PEDIATRIC</b>		<i>ethambutol</i> .....	7	<i>flac otic oil</i> .....	58
( <b>PF</b> ).....	69	<i>ethosuximide</i> .....	27	<i>flecainide</i> .....	43
<i>enoxaparin</i> .....	47	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 77		<i>floxuridine</i> .....	16

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>fluconazole</i> .....	2	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	<i>generlac</i> .....	65
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	2	READER .....	<i>gengraf</i> .....	17
<i>flucytosine</i> .....	2	FREESTYLE LIBRE 14 DAY	<i>gentamicin</i> .....	8, 53, 79
<i>fludarabine</i> .....	16	SENSOR.....	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..	8
<i>fludrocortisone</i> .....	58	FREESTYLE LIBRE 2	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..	8
<i>flumazenil</i> .....	38	READER .....	GENVOYA .....	3
<i>flunisolide</i> .....	83	FREESTYLE LIBRE 2	GILOTRIF.....	17
<i>fluocinolone</i> .....	54	SENSOR.....	<i>glatiramer</i> .....	32
<i>fluocinolone acetonide oil</i> ....	58	FREESTYLE LIBRE 3 PLUS	<i>glatopa</i> .....	32
<i>fluocinolone and shower cap</i> ..	54	SENSOR.....	GLEOSTINE .....	17
<i>fluocinonide</i> .....	54, 55	FREESTYLE LIBRE 3	<i>glimepiride</i> .....	59
<i>fluocinonide-emollient</i> .....	55	READER .....	<i>glipizide</i> .....	59
<i>fluoride (sodium)</i> .....	57, 88	FREESTYLE LIBRE 3	<i>glipizide-metformin</i> .....	59
<i>fluorometholone</i> .....	81	SENSOR.....	<i>glutamine (sickle cell)</i> .....	56
<i>fluorouracil</i> .....	16, 51	FREESTYLE LITE METER	<i>glycine urologic</i> .....	86
<i>flouxetine</i> .....	38	FREESTYLE LITE STRIPS	<i>glycine urologic solution</i> .....	86
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	38	FREESTYLE PRECISION	<i>glycopyrrolate</i> .....	64
<i>fluphenazine hcl</i> .....	38	NEO STRIPS.....	<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> ..	64
<i>flurbiprofen</i> .....	35	FREESTYLE TEST .....	<i>glydo</i> .....	51
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	80	FRUZAQLA.....	<i>granisetron (pf)</i> .....	65
<i>fluticasone propionate</i> .....	84	<i>fulvestrant</i> .....	<i>granisetron hcl</i> .....	65
FLUTICASONE		<i>furosemide</i> .....	<i>griseofulvin microsize</i> .....	2
PROPIONATE .....	83	FUZEON .....	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ..	2
<i>fluticasone propion-salmeterol</i>		FYARRO.....	GVOKE .....	59
.....	84	<i>fyavolv</i> .....	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	
<i>fluvastatin</i> .....	49	FYCOMPA.....	.....	60
<i>fluvoxamine</i> .....	38	<b>G</b>	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	
FOLOTYN .....	16	<i>gabapentin</i> .....	.....	60
<i>fomepizole</i> .....	69	<i>galantamine</i> .....	GVOKE PFS 1-PACK	
<i>fondaparinux</i> .....	47	<i>gallifrey</i> .....	SYRINGE.....	60
<i>formoterol fumarate</i> .....	84	GAMASTAN .....	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>fosamprenavir</i> .....	3	<i>ganciclovir sodium</i> .....	SYRINGE.....	60
<i>fosaprepitant</i> .....	65	GARDASIL 9 (PF).....	<b>H</b>	
<i>fosinopril</i> .....	44	GATTEX 30-VIAL .....	HALAVEN.....	17
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>		GATTEX ONE-VIAL.....	<i>halobetasol propionate</i> .....	55
.....	44	GAUZE PAD .....	<i>haloperidol</i> .....	38
<i>fosphephenytoin</i> .....	27	<i>gavilyte-c</i> .....	<i>haloperidol decanoate</i> .....	38
FOTIVDA .....	17	<i>gavilyte-g</i> .....	<i>haloperidol lactate</i> .....	38
<i>fraiche 5000</i> .....	57	<i>gavilyte-n</i> .....	HARVONI.....	3
FREESTYLE FREEDOM		GAVRETO.....	HAVRIX (PF) .....	69
LITE .....	70	GAZYVA .....	<i>heather</i> .....	76
FREESTYLE INSULINX... 59,		<i>gefitinib</i> .....	<i>heparin (porcine)</i> .....	47
71		<i>gemcitabine</i> .....	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> ..	47
FREESTYLE INSULINX		GEMCITABINE .....	<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>	
TEST STRIPS .....	59	<i>gemfibrozil</i> .....	.....	47

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i> .....48	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN .....60	STARTING WITH 61314) .....75
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL.....48	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....60	HYRIMOZ(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) .....75
<i>heparin, porcine (pf)</i> .....48	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN.....60	<b>I</b>
HEPARIN, PORCINE (PF) .48	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN .....60	<i>ibandronate</i> .....72
HEPLISAV-B (PF) .....69	HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN .....60	IBRANCE.....17
HIBERIX (PF).....69	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN .....60	<i>ibu</i> .....35
HIZENTRA.....69	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....60	<i>ibuprofen</i> .....35
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 .....60	<i>hydralazine</i> .....45	<i>ibutilide fumarate</i> .....43
HUMALOG KWIKPEN INSULIN.....60	<i>hydrochlorothiazide</i> .....45	<i>icatibant</i> .....84
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN .....60	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 33	ICLUSIG .....17
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN .....60	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....33	<i>icosapent ethyl</i> .....49
HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN.....60	<i>hydrocortisone</i> .....55, 58, 65	<i>idarubicin</i> .....17
HUMALOG U-100 INSULIN .....60	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...58	IDHIFA.....17
HUMIRA (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) .....73	<i>hydromorphone</i> .....33, 34	<i>ifosfamide</i> .....17
HUMIRA PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) .....73	<i>hydromorphone (pf)</i> .....33	ILARIS (PF) .....68
HUMIRA(CF) (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) .....74	<i>hydroxychloroquine</i> .....8	<i>imatinib</i> .....17
HUMIRA(CF) PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....74	<i>hydroxyurea</i> .....17	IMBRUVICA .....17, 18
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....74	<i>hydroxyzine hcl</i> .....82	IMDELLTRA .....18
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....74	HYPERHEP B.....69	IMFINZI .....18
HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....74	HYPERHEP B NEONATAL .....69	<i>imipenem-cilastatin</i> .....8
	HYRIMOZ PEN CROHN'S- UC STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) .....74	<i>imipramine hcl</i> .....38
	HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314).....74	<i>imipramine pamoate</i> .....38
	HYRIMOZ(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) .....74	<i>imiquimod</i> .....52
	HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER (PREFERRED NDCS	IMJUDO .....18
		IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....69
		INBRIJA.....30
		<i>incassia</i> .....76
		INCRELEX .....56
		<i>indapamide</i> .....45
		INFANRIX (DTAP) (PF)....69
		INFLECTRA .....65
		INLYTA .....18
		INQOVI.....18
		INREBIC .....18
		INSULIN LISPRO .....60
		INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100 .....71
		INTELENCE .....3
		<i>intralipid</i> .....88
		<i>introvale</i> .....78

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

Última Actualización 11/18/2024.

INVEGA HAFYERA.....	39	JUXTAPID.....	49	<i>lactulose</i> .....	65
INVEGA SUSTENNA.....	39	JYLAMVO.....	18	LAGEVRIO (EUA).....	4
INVEGA TRINZA.....	39	JYNNEOS (PF).....	69	<i>lamivudine</i> .....	4
IPOL.....	69	<b>K</b>		<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	4
<i>ipratropium bromide</i> .....	57, 84	KADCYLA.....	18	<i>lamotrigine</i> .....	28
<i>ipratropium-albuterol</i> .....	84	<i>kalliga</i> .....	78	<i>lanreotide</i> .....	19
<i>irbesartan</i> .....	45	KALYDECO.....	84	<i>lansoprazole</i> .....	67
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	45	KANUMA.....	62	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN.....	61
<i>irinotecan</i> .....	18	<i>kariva (28)</i> .....	78	LANTUS U-100 INSULIN..	61
ISENTRESS.....	3, 4	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	78	<i>lapatinib</i> .....	19
ISENTRESS HD.....	3	<i>kelnor 1/50 (28)</i> .....	78	<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	78
<i>isibloom</i> .....	78	KEPIVANCE.....	12	<i>larin 1/20 (21)</i> .....	78
ISOLYTE S PH 7.4.....	88	KERENDIA.....	45	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	78
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	88	KESIMPTA PEN.....	32	<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	78
ISOLYTE-S.....	88	<i>ketoconazole</i> .....	2, 53	<i>latanoprost</i> .....	81
<i>isoniazid</i> .....	8	<i>ketorolac</i> .....	81	LAZCLUZE.....	19
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	50	KEYTRUDA.....	18	<i>leflunomide</i> .....	75
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	50	KHAPZORY.....	12	<i>lenalidomide</i> .....	19
<i>isotretinoin</i> .....	53	KIMMTRAK.....	18	LENVIMA.....	19
ISTODAX.....	18	KINRIX (PF).....	69	<i>lessina</i> .....	78
<i>itraconazole</i> .....	2	<i>kionex (with sorbitol)</i> .....	56	<i>letrozole</i> .....	19
<i>ivabradine</i> .....	50	KISQALI.....	19	<i>leucovorin calcium</i> .....	12
<i>ivermectin</i> .....	8, 53	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	18, 19	LEUKERAN.....	19
IWILFIN.....	18	<i>klayesta</i> .....	53	LEUKINE.....	68
IXCHIQ (PF).....	69	<i>klor-con 10</i> .....	86	<i>leuprolide</i> .....	19
IXEMPRA.....	18	<i>klor-con 8</i> .....	86	<i>levetiracetam</i> .....	28
IXIARO (PF).....	69	<i>klor-con m10</i> .....	86	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i> .....	28
<b>J</b>		<i>klor-con m15</i> .....	86	<i>levobunolol</i> .....	80
JAKAFI.....	18	<i>klor-con m20</i> .....	86	<i>levocarnitine</i> .....	56
<i>jantoven</i> .....	48	<i>klor-con oral packet 20</i> .....	86	<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	56
JANUMET.....	60	<i>klor-con/ef</i> .....	86	<i>levocetirizine</i> .....	82
JANUMET XR.....	60	KORLYM.....	62	<i>levofloxacin</i> .....	11, 79
JANUVIA.....	60	KOSELUGO.....	19	<i>levofloxacin in d5w</i> .....	11
JARDIANCE.....	60	<i>kourzeq</i> .....	57	<i>levoleucovorin calcium</i> .....	12
<i>jasmiel (28)</i> .....	78	K-PHOS NO 2.....	86	<i>levonest (28)</i> .....	78
JAYPIRCA.....	18	K-PHOS ORIGINAL.....	86	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 78	
JEMPERLI.....	18	KRAZATI.....	19	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 78	
<i>jencycla</i> .....	76	<i>kurvelo (28)</i> .....	78	<i>levora-28</i> .....	78
JEVTANA.....	18	KYPROLIS.....	19	<i>levo-t</i> .....	63
<i>jinteli</i> .....	76	<b>L</b>		<i>levothyroxine</i> .....	63
<i>jolessa</i> .....	78	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> 78		<i>levoxyl</i> .....	63
<i>juleber</i> .....	78	<i>labetalol</i> .....	45	LIBERVANT.....	28
JULUCA.....	4	<i>lacosamide</i> .....	28	LIBTAYO.....	19
		<i>lactated ringers</i> .....	55, 87		

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>lidocaine</i> .....	52	LUNSUMIO .....	20	MEPSEVII.....	62
<i>lidocaine (pf)</i> .....	43, 52	LUPRON DEPOT .....	20	<i>mercaptapurine</i> .....	20
<i>lidocaine hcl</i> .....	52	<i>lurasidone</i> .....	39	<i>meropenem</i> .....	8
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i> .....	43	<i>luter (28)</i> .....	78	<i>mesalamine</i> .....	65
<i>lidocaine viscous</i> .....	52	<i>lyleq</i> .....	76	<i>mesalamine with cleansing</i> <i>wipe</i> .....	65
<i>lidocaine-epinephrine</i> .....	52	<i>lyllana</i> .....	76	<i>mesna</i> .....	12
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i> .....	52	LYNPARZA.....	20	MESNEX.....	12
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	52	LYSODREN.....	20	<i>metformin</i> .....	61
<i>lidocan iii</i> .....	52	LYTGOBI .....	20	<i>methadone</i> .....	34
<i>lidocan iv</i> .....	52	LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN .....	61	<i>methadone intensol</i> .....	34
<i>lidocan v</i> .....	52	LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN .....	61	<i>methadose</i> .....	34
<i>lincomycin</i> .....	8	LYUMJEV U-100 INSULIN .....	61	<i>methazolamide</i> .....	81
<i>linezolid</i> .....	8	<i>lyza</i> .....	76	<i>methenamine hippurate</i> .....	12
<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....	8	<b>M</b>		<i>methenamine mandelate</i> .....	12
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> .....	8	<i>magnesium chloride</i> .....	87	<i>methimazole</i> .....	59
LINZESS .....	65	<i>magnesium sulfate</i> .....	87	<i>methotrexate sodium</i> .....	20
LIORESAL.....	32	MAGNESIUM SULFATE IN D5W .....	87	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	20
<i>liothyronine</i> .....	63	<i>magnesium sulfate in water</i> ..	87	<i>methoxsalen</i> .....	52
<i>lisinopril</i> .....	45	<i>malathion</i> .....	55	<i>methsuximide</i> .....	28
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	45	<i>mannitol 20 %</i> .....	45	<i>methylergonovine</i> .....	79
<i>lithium carbonate</i> .....	39	<i>mannitol 25 %</i> .....	45	<i>methylphenidate hcl</i> .....	39, 40
<i>lithium citrate</i> .....	39	<i>maraviroc</i> .....	4	<i>methylprednisolone</i> .....	58
LOKELMA .....	56	MARGENZA .....	20	<i>methylprednisolone acetate</i> ..	58
LONSURF.....	19	<i>marlissa (28)</i> .....	78	<i>methylprednisolone sodium</i> <i>succ</i> .....	58
<i>loperamide</i> .....	64	MARPLAN .....	39	<i>metoclopramide hcl</i> .....	65
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	4	MATULANE.....	20	<i>metolazone</i> .....	45
LOQTORZI.....	19	<i>matzim la</i> .....	45	<i>metoprolol succinate</i> .....	45
<i>lorazepam</i> .....	39	<i>meclizine</i> .....	65	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> .....	45
<i>lorazepam intensol</i> .....	39	<i>medroxyprogesterone</i> .....	76	<i>metoprolol tartrate</i> .....	45
LORBRENA .....	19	<i>mefloquine</i> .....	8	<i>metro i.v.</i> .....	8
<i>loryna (28)</i> .....	78	<i>megestrol</i> .....	20	<i>metronidazole</i> .....	8, 53, 77
<i>losartan</i> .....	45	MEKINIST .....	20	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	8
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> .....	45	MEKTOVI.....	20	<i>metyrosine</i> .....	45
<i>loteprednol etabonate</i> .....	81	<i>meloxicam</i> .....	35	<i>mexiletine</i> .....	43
<i>lovastatin</i> .....	49	<i>melphalan hcl</i> .....	20	<i>micafungin</i> .....	2
<i>low-ogestrel (28)</i> .....	78	<i>memantine</i> .....	32	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....	78
<i>loxapine succinate</i> .....	39	MENACTRA (PF) .....	69	<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	78
<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	78	MENEST .....	77	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> .....	78
<i>lubiprostone</i> .....	65	MENQUADFI (PF).....	69	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	78
LUMAKRAS .....	19	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	69	<i>midodrine</i> .....	56
LUMIZYME .....	62			<i>mifepristone</i> .....	62, 77
				<i>mili</i> .....	78

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>milrinone</i> .....	50	<i>nalbuphine</i> .....	35	NIVESTYM .....	68
<i>milrinone in 5 % dextrose</i> .....	50	<i>naloxone</i> .....	35	<i>nora-be</i> .....	77
<i>mimvey</i> .....	77	<i>naltrexone</i> .....	35	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	
<i>minocycline</i> .....	11, 12	NAMZARIC.....	32	.....	77
<i>minoxidil</i> .....	45	<i>naproxen</i> .....	35	<i>norepinephrine bitartrate</i> .....	50
<i>miostat</i> .....	81	<i>naratriptan</i> .....	31	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	
<i>mirabegron</i> .....	86	NATACYN .....	79	.....	77
<i>mirtazapine</i> .....	40	<i>nateglinide</i> .....	61	<i>norethindrone acetate</i> .....	77
<i>misoprostol</i> .....	67	NAYZILAM.....	28	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	
<i>mitomycin</i> .....	20	<i>nebivolol</i> .....	45	.....	77, 78
<i>mitoxantrone</i> .....	20	<i>nefazodone</i> .....	40	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	
M-M-R II (PF).....	69	<i>nelarabine</i> .....	20	.....	78
<i>modafinil</i> .....	40	<i>neomycin</i> .....	8	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	
<i>moexipril</i> .....	45	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	81	.....	78, 79
<i>molindone</i> .....	40	<i>neomycin-bacitracin-</i>		<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	79
<i>mometasone</i> .....	55	<i>polymyxin</i> .....	79	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	79
<i>mondoxyne nl</i> .....	12	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> .....	55	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	79
MONJUVI.....	20	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	79
<i>mono-linyah</i> .....	78	<i>dexameth</i> .....	81	<i>nortriptyline</i> .....	40
<i>montelukast</i> .....	84	<i>neomycin-polymyxin-</i>		NORVIR.....	4
<i>morphine</i> .....	34	<i>gramicidin</i> .....	80	NUBEQA .....	21
<i>morphine (pf)</i> .....	34	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	58, 81	NUEDEXTA .....	32
<i>morphine concentrate</i> .....	34	<i>neo-polycin</i> .....	80	NULOJIX .....	21
MOVANTIK.....	66	<i>neo-polycin hc</i> .....	81	NUPLAZID .....	40
<i>moxifloxacin</i> .....	11, 79	NERLYNX.....	21	NURTEC ODT .....	31
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		NEUPRO .....	30	<i>nyamyc</i> .....	54
.....	11	<i>nevirapine</i> .....	4	<i>nystatin</i> .....	2, 54
MOZOBIL.....	68	<i>niacin</i> .....	49	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	54
MRESVIA (PF).....	69	<i>nicardipine</i> .....	45	<i>nystop</i> .....	54
<i>mupirocin</i> .....	53	NICOTROL.....	57	NYVEPRIA.....	68
MYALEPT .....	62	NICOTROL NS.....	57	<b>O</b>	
<i>mycophenolate mofetil</i> .....	20	<i>nifedipine</i> .....	45	OCALIVA .....	66
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> ..	20	<i>nikki (28)</i> .....	78	<i>octreotide acetate</i> .....	21
<i>mycophenolate sodium</i> .....	20	<i>nilutamide</i> .....	21	<i>octreotide,microspheres</i> .....	21
MYFEMBREE.....	77	<i>nimodipine</i> .....	45	ODEFSEY .....	4
MYHIBBIN.....	20	NINLARO .....	21	ODOMZO.....	21
MYLOTARG .....	20	<i>nitazoxanide</i> .....	8	OFEV.....	84
MYRBETRIQ .....	86	<i>nitisinone</i> .....	56	<i>ofloxacin</i> .....	58, 80
<b>N</b>		<i>nitro-bid</i> .....	50	OGSIVEO.....	21
<i>nabumetone</i> .....	35	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ..	12	OJEMDA.....	21
<i>nadolol</i> .....	45	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>		OJJAARA.....	21
<i>nafcillin</i> .....	10	<i>cryst</i> .....	12	<i>olanzapine</i> .....	40
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> ..	10	<i>nitroglycerin</i> .....	50, 66	<i>olmesartan</i> .....	45
<i>naftifine</i> .....	53	<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>		<i>olmesartan-amlodipin-</i>	
NAGLAZYME.....	62	.....	50	<i>hcthiazid</i> .....	45

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>olmesartan-</i>	OPDIVO.....21	<i>peg 3350-electrolytes.....66</i>
<i>hydrochlorothiazide .....45</i>	OPDUALAG.....21	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>
<i>olopatadine.....80</i>	<i>opium tincture.....64</i>	.....66
<i>omega-3 acid ethyl esters.....49</i>	OPSUMIT.....84	PEGASYS.....68
<i>omeprazole.....67</i>	OPSYNVI.....84	<i>peg-electrolyte.....66</i>
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	<i>oralone.....57</i>	PEMAZYRE.....22
KT(GEN5).....71	ORENCIA.....75	<i>pemetrexed disodium.....22</i>
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	ORENCIA (WITH	PEN NEEDLES (NON-
(GEN 5).....71	MALTOSE).....75	PREFERRED BRANDS).72
OMNIPOD CLASSIC PODS	ORENCIA CLICKJECT.....75	PENBRAYA (PF).....69
(GEN 3).....71	ORGOVYX.....21	<i>peniclovir.....54</i>
OMNIPOD DASH INTRO	ORKAMBI.....84	<i>penicillamine.....75</i>
KIT (GEN 4).....71	ORSERDU.....21	<i>penicillin g potassium.....10</i>
OMNIPOD DASH PODS	<i>oseltamivir.....4</i>	<i>penicillin g sodium.....10</i>
(GEN 4).....71	<i>osmitrol 20 %.....45</i>	<i>penicillin v potassium.....10</i>
OMNIPOD GO PODS.....71	OTEZLA.....75	PENTACEL (PF).....69
OMNIPOD GO PODS 10	OTEZLA STARTER.....75	<i>pentamidine.....8</i>
UNITS/DAY.....71	<i>oxacillin.....10</i>	PENTASA.....66
OMNIPOD GO PODS 15	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	<i>pentobarbital sodium.....40</i>
UNITS/DAY.....71	.....10	<i>pentoxifylline.....48</i>
OMNIPOD GO PODS 20	<i>oxaliplatin.....22</i>	<i>perindopril erbumine.....45</i>
UNITS/DAY.....71	<i>oxaprozin.....35</i>	<i>perio gard.....57</i>
OMNIPOD GO PODS 25	<i>oxcarbazepine.....28</i>	PERJETA.....22
UNITS/DAY.....71	OXERVATE.....80	<i>permethrin.....55</i>
OMNIPOD GO PODS 30	<i>oxybutynin chloride.....86</i>	<i>perphenazine.....40</i>
UNITS/DAY.....71	<i>oxycodone.....34</i>	PERSERIS.....40
OMNIPOD GO PODS 40	<i>oxycodone-acetaminophen...34</i>	<i>pfizerpen-g.....10</i>
UNITS/DAY.....71	OZURDEX.....81	<i>phenelzine.....40</i>
OMNITROPE.....68	<b>P</b>	<i>phenobarbital.....28</i>
ONCASPAR.....21	<i>pacerone.....43</i>	<i>phenobarbital sodium.....28</i>
<i>ondansetron.....66</i>	<i>paclitaxel.....22</i>	<i>phentolamine.....45</i>
<i>ondansetron hcl.....66</i>	PADCEV.....22	<i>phenytoin.....28</i>
<i>ondansetron hcl (pf).....66</i>	<i>paliperidone.....40</i>	<i>phenytoin sodium.....29</i>
ONETOUCH ULTRA TEST	<i>palonosetron.....66</i>	<i>phenytoin sodium extended..28,</i>
.....61	<i>pamidronate.....62</i>	29
ONETOUCH ULTRA2	PANRETIN.....52	PHOSPHOLINE IODIDE...80
METER.....71	<i>pantoprazole.....67</i>	PIFELTRO.....4
ONETOUCH VERIO FLEX	<i>paraplatin.....22</i>	<i>pilocarpine hcl.....56, 80</i>
METER.....71	<i>paricalcitol.....62</i>	<i>pimecrolimus.....52</i>
ONETOUCH VERIO	<i>paromomycin.....8</i>	<i>pimozide.....40</i>
REFLECT METER.....71	<i>paroxetine hcl.....40</i>	<i>pimtrea (28).....79</i>
ONETOUCH VERIO TEST	PAXLOVID.....4	<i>pindolol.....45</i>
STRIPS.....61	<i>pazopanib.....22</i>	<i>pioglitazone.....61</i>
ONIVYDE.....21	PEDIARIX (PF).....69	<i>piperacillin-tazobactam.....11</i>
ONUREG.....21	PEDVAX HIB (PF).....69	PIQRAY.....22

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

Última Actualización 11/18/2024.

<i>pirfenidone</i> .....	84	PRECISION XTRA TEST...	61	<i>protriptyline</i> .....	40
<i>piroxicam</i> .....	35	<i>prednicarbate</i> .....	55	PULMOZYME.....	84
<i>pitavastatin calcium</i> .....	49	<i>prednisolone</i> .....	58	PURIXAN .....	22
PLASMA-LYTE A .....	88	<i>prednisolone acetate</i> .....	81	<i>pyrazinamide</i> .....	8
PLENAMINE.....	88	<i>prednisolone sodium</i>		<i>pyridostigmine bromide</i> .....	32
<i>plerixafor</i> .....	68	<i>phosphate</i> .....	58, 81	<i>pyrimethamine</i> .....	8
<i>podofilox</i> .....	52	<i>prednisone</i> .....	58	<b>Q</b>	
POLIVY .....	22	<i>prednisone intensol</i> .....	58	QINLOCK .....	22
<i>polocaine</i> .....	52	<i>pregabalin</i> .....	29	QUADRACEL (PF) .....	69
<i>polocaine-mpf</i> .....	52	PREHEVBRIO (PF).....	69	<i>quetiapine</i> .....	40, 41
<i>polycin</i> .....	80	<i>premasol 10 %</i> .....	88	<i>quinapril</i> .....	46
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		<i>prenatal vitamin oral tablet</i> ..	88	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	
.....	80	<i>prevalite</i> .....	49	.....	46
POMALYST .....	22	PREVYMIS.....	4	<i>quinidine sulfate</i> .....	43
<i>portia 28</i> .....	79	PREZCOBIX.....	4	<i>quinine sulfate</i> .....	8
PORTRAZZA .....	22	PREZISTA .....	4	QVAR REDIHALER .....	84
<i>posaconazole</i> .....	2	PRIFTIN.....	8	<b>R</b>	
<i>potassium acetate</i> .....	87	PRIMAQUINE.....	8	RABAVERT (PF) .....	69
<i>potassium chlorid-d5-</i>		<i>primidone</i> .....	29	RADICAVA ORS .....	32
<i>0.45%nacl</i> .....	87	PRIMIDONE.....	29	RADICAVA ORS STARTER	
<i>potassium chloride</i> .....	87	PRIORIX (PF).....	69	KIT SUSP .....	32
<i>potassium chloride in</i>		PRIVIGEN .....	69	<i>raloxifene</i> .....	72
<i>0.9%nacl</i> .....	87	<i>probenecid</i> .....	72	<i>ramelteon</i> .....	41
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>		<i>probenecid-colchicine</i> .....	72	<i>ramipril</i> .....	46
.....	87	<i>procainamide</i> .....	43	<i>ranolazine</i> .....	50
<i>potassium chloride in 1r-d5</i> ..	87	<i>prochlorperazine</i> .....	66	<i>rasagiline</i> .....	30
<i>potassium chloride in water</i> ..	87	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...66		<i>reclipsen (28)</i> .....	79
<i>potassium chloride-0.45 %</i>		<i>prochlorperazine maleate oral</i>		RECOMBIVAX HB (PF)....	69
<i>nacl</i> .....	87	.....	66	RECTIV.....	66
<i>potassium chloride-d5-</i>		PROCRIT .....	68	REGRANEX .....	52
<i>0.2%nacl</i> .....	88	<i>procto-med hc</i> .....	66	RELENZA DISKHALER .....	4
<i>potassium chloride-d5-</i>		<i>proctosol hc</i> .....	66	RELISTOR .....	66
<i>0.9%nacl</i> .....	88	<i>proctozone-hc</i> .....	66	RENACIDIN .....	86
<i>potassium citrate</i> .....	86	<i>progesterone</i> .....	77	<i>repaglinide</i> .....	61
<i>potassium phosphate m-/d-</i>		<i>progesterone micronized</i> .....	77	REPATHA.....	49
<i>basic</i> .....	88	PROGRAF.....	22	REPATHA PUSHTRONEX	49
POTELIGEO.....	22	PROLASTIN-C .....	56	REPATHA SURECLICK ...	49
PRALATREXATE.....	22	PROLIA.....	72	RETACRIT.....	68
<i>pramipexole</i> .....	30	PROMACTA.....	48	RETEVMO.....	22
<i>prasugrel</i> .....	48	<i>promethazine</i> .....	82	RETROVIR .....	4
<i>pravastatin</i> .....	49	<i>propafenone</i> .....	43	REVCovi .....	56
<i>praziquantel</i> .....	8	<i>propranolol</i> .....	45, 46	REVLIMID.....	22
<i>prazosin</i> .....	45	<i>propylthiouracil</i> .....	59	<i>revonto</i> .....	32
PRECISION XTRA		PROQUAD (PF).....	69	REXULTI.....	41
MONITOR .....	72	<i>protamine</i> .....	48	REYATAZ .....	4

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

Última Actualización 11/18/2024.

REZDIFFRA.....	56	SCEMBLIX.....	23	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	
REZLIDHIA.....	22	<i>scopolamine base</i> .....	66	.....	67
REZUROCK.....	23	SECUADO.....	41	SOLQUA 100/33.....	61
<i>ribavirin</i> .....	4	<i>selegiline hcl</i> .....	30	SOLTAMOX.....	23
RIDAURA.....	75	<i>selenium sulfide</i> .....	50	SOMATULINE DEPOT.....	23
<i>rifabutin</i> .....	8	SELZENTRY.....	4	SOMAVERT.....	62
<i>rifampin</i> .....	8	<i>sertraline</i> .....	41	<i>sorafenib</i> .....	23
<i>riluzole</i> .....	56	<i>setlakin</i> .....	79	<i>sorine</i> .....	43
<i>rimantadine</i> .....	4	<i>sevelamer carbonate</i> .....	56	<i>sotalol</i> .....	43
<i>ringer's</i> .....	55, 88	<i>sf 57</i>		<i>sotalol af</i> .....	43
RINVOQ.....	75, 76	<i>sf 5000 plus</i> .....	57	SPIRIVA RESPIMAT.....	85
RINVOQ LQ.....	75	<i>sharobel</i> .....	77	<i>spironolactone</i> .....	46
RISPERDAL CONSTA.....	41	SHINGRIX (PF).....	69	<i>spironolacton-</i>	
<i>risperidone</i> .....	41	SIGNIFOR.....	23	<i>hydrochlorothiaz</i> .....	46
<i>risperidone microspheres</i> .....	41	<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>		SPRAVATO.....	41
<i>ritonavir</i> .....	4	<i>hypertension)</i> .....	84	<i>sprintec (28)</i> .....	79
<i>rivastigmine</i> .....	32	<i>silver sulfadiazine</i> .....	52	SPRITAM.....	29
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	32	SIMLANDI(CF)		SPRYCEL.....	23
<i>rizatriptan</i> .....	31	AUTOINJECTOR.....	76	<i>sps (with sorbitol)</i> .....	57
<i>roflumilast</i> .....	84	SIMULECT.....	23	<i>sronyx</i> .....	79
<i>romidepsin</i> .....	23	<i>simvastatin</i> .....	49	<i>ssd</i> .....	52
<i>ropinirole</i> .....	30	<i>sirolimus</i> .....	23	STELARA.....	51
<i>rosuvastatin</i> .....	49	SIRTURO.....	8	STIOLTO RESPIMAT.....	85
ROTARIX.....	69	SKYRIZI.....	50, 51, 66	STIVARGA.....	23
ROTATEQ VACCINE.....	69	<i>sodium acetate</i> .....	88	STREPTOMYCIN.....	8
<i>rowepra</i> .....	29	<i>sodium benzoate-sod</i>		STRIBILD.....	5
ROZLYTREK.....	23	<i>phenylacet</i> .....	56	STRIVERDI RESPIMAT.....	85
RUBRACA.....	23	<i>sodium bicarbonate</i> .....	88	<i>subvenite</i> .....	29
<i>rufinamide</i> .....	29	<i>sodium chloride</i> .....	56, 88	SUCRAID.....	67
RUKOBIA.....	4	<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	88	<i>sucralfate</i> .....	67
RUXIENCE.....	23	<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	56	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	80
RYBREVANT.....	23	<i>sodium chloride 3 %</i>		<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	53
RYDAPT.....	23	<i>hypertonic</i> .....	88	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	80
RYLAZE.....	23	<i>sodium chloride 5 %</i>		<i>sulfadiazine</i> .....	11
RYTELO.....	23	<i>hypertonic</i> .....	88	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
<b>S</b>		<i>sodium fluoride 5000 dry</i>		.....	11
<i>sajazir</i> .....	84	<i>mouth</i> .....	57	<i>sulfasalazine</i> .....	67
<i>salsalate</i> .....	35	<i>sodium fluoride 5000 plus</i> .....	57	<i>sulindac</i> .....	35
SANDOSTATIN LAR		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> .....	57	<i>sumatriptan</i> .....	31
DEPOT.....	23	<i>sodium nitroprusside</i> .....	50	<i>sumatriptan succinate</i> .....	31
SANTYL.....	52	SODIUM OXYBATE.....	41	<i>sunitinib malate</i> .....	23
<i>sapropterin</i> .....	62	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	57	SUNLENCA.....	5
SARCLISA.....	23	<i>sodium phosphate</i> .....	88	<i>syeda</i> .....	79
<i>saxagliptin</i> .....	61	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	57	SYMDEKO.....	85
<i>saxagliptin-metformin</i> .....	61			SYMPAZAN.....	29

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

Última Actualización 11/18/2024.

SYMTUZA.....	5	<i>terbutaline</i> .....	85	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
SYNAGIS.....	5	<i>terconazole</i> .....	77	INSULIN .....	62
SYNJARDY .....	61	<i>teriflunomide</i> .....	32	<i>tramadol</i> .....	35
SYNJARDY XR .....	61	TERIPARATIDE .....	72	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	35
<b>T</b>		<i>testosterone</i> .....	63	<i>trandolapril</i> .....	46
TABLOID .....	23	<i>testosterone cypionate</i> .....	63	<i>tranexamic acid</i> .....	77
TABRECTA.....	23	<i>testosterone enanthate</i> .....	63	<i>tranylcypromine</i> .....	41
<i>tacrolimus</i> .....	23, 52	TETANUS,DIPHTHERIA		<i>travasol 10 %</i> .....	88
<i>tadalafil (pulmonary arterial</i>		TOX PED(PF) .....	70	<i>travoprost</i> .....	81
<i>hypertension) oral tablet 20</i>		<i>tetrabenazine</i> .....	32	TRAZIMERA.....	24
<i>mg</i> .....	85	<i>tetracycline</i> .....	12	<i>trazodone</i> .....	41
TAFINLAR .....	24	TEVIMBRA .....	24	TRECTOR .....	9
<i>tafluprost (pf)</i> .....	81	THALOMID.....	24	TRELSTAR.....	24
TAGRISSE .....	24	THEO-24.....	85	<i>treprostinil sodium</i> .....	46
TALTZ AUTOINJECTOR ..	51	<i>theophylline</i> .....	85	<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	24
TALTZ AUTOINJECTOR (2		<i>thioridazine</i> .....	41	<i>tretinoin topical</i> .....	53
PACK).....	51	<i>thiotepa</i> .....	24	<i>triamcinolone acetonide</i> .55, 58	
TALTZ AUTOINJECTOR (3		<i>thiothixene</i> .....	41	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	
PACK).....	51	<i>tiadylt er</i> .....	46	.....	46
TALTZ SYRINGE.....	51	<i>tiagabine</i> .....	29	<i>tridacaine ii</i> .....	52
TALVEY .....	24	TIBSOVO.....	24	<i>triderm</i> .....	55
TALZENNA.....	24	TICE BCG.....	70	<i>trientine</i> .....	57
<i>tamoxifen</i> .....	24	TICOVAC .....	70	<i>tri-estarylla</i> .....	79
<i>tamsulosin</i> .....	86	<i>tigecycline</i> .....	8	<i>trifluoperazine</i> .....	41
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	79	<i>tilia fe</i> .....	79	<i>trifluridine</i> .....	80
TASIGNA .....	24	<i>timolol maleate</i> .....	46, 80	TRIKAFTA .....	85
<i>tazarotene</i> .....	53	<i>tinidazole</i> .....	9	<i>tri-legest fe</i> .....	79
<i>tazicef</i> .....	6	<i>tiotropium bromide</i> .....	85	<i>tri-linyah</i> .....	79
TAZVERIK.....	24	TIVDAK.....	24	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	79
TDVAX.....	69	TIVICAY.....	5	<i>tri-lo-marzia</i> .....	79
TECENTRIQ.....	24	TIVICAY PD .....	5	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	79
TECENTRIQ HYBREZA...	24	<i>tizanidine</i> .....	32	<i>trimethoprim</i> .....	12
TECVAYLI.....	24	<i>tobramycin</i> .....	9, 80	<i>trimipramine</i> .....	42
TEFLARO.....	6	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	9	TRINTELLIX.....	42
<i>telmisartan</i> .....	46	<i>tobramycin sulfate</i> .....	9	<i>tri-sprintec (28)</i> .....	79
<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	46	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	81	TRIUMEQ.....	5
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>		<i>tolterodine</i> .....	86	TRIUMEQ PD.....	5
.....	46	<i>tolvaptan</i> .....	63	<i>trivora (28)</i> .....	79
TEMODAR .....	24	<i>topiramate</i> .....	29	TRODELVY.....	24
<i>temsirolimus</i> .....	24	<i>topotecan</i> .....	24	TROGARZO .....	5
TENIVAC (PF) .....	69	<i>toremifene</i> .....	24	TROPHAMINE 10 %.....	88
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .5		<i>torpenz</i> .....	24	<i>trospium</i> .....	86
TEPMETKO.....	24	<i>torse mide</i> .....	46	TRULANCE.....	67
<i>terazosin</i> .....	46	TOUJEO MAX U-300		TRULICITY .....	62
<i>terbinafine hcl</i> .....	2	SOLOSTAR .....	61	TRUMENBA.....	70

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

Última Actualización 11/18/2024.

TRUQAP.....	24	VECTIBIX.....	25	<i>water for irrigation, sterile</i> ...	57
TUKYSA.....	24, 25	VEKLURY.....	5	WELIREG.....	25
TURALIO.....	25	<i>veletri</i> .....	46	<i>wera (28)</i> .....	79
<i>turqoz (28)</i> .....	79	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> .....	79	<i>wescap-pn dha</i> .....	88
TWINRIX (PF).....	70	VEMLIDY.....	5	<i>wixela inhub</i> .....	85
TYENNE.....	76	VENCLEXTA.....	25	<b>X</b>	
TYENNE AUTOINJECTOR .....	76	VENCLEXTA STARTING PACK.....	25	XALKORI.....	25
TYPHIM VI.....	70	<i>venlafaxine</i> .....	42	XARELTO.....	48
TYVASO.....	85	<i>verapamil</i> .....	46	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	48
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT.....	85	VERQUVO.....	50	XATMEP.....	25
TYVASO REFILL KIT.....	85	VERSACLOZ.....	42	XCOPRI.....	29, 30
TYVASO STARTER KIT...	85	VERZENIO.....	25	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	29
<b>U</b>		<i>vestura (28)</i> .....	79	XCOPRI TITRATION PACK .....	30
<i>unithroid</i> .....	63	V-GO 20.....	72	XDEMVY.....	80
UNITUXIN.....	25	V-GO 30.....	72	XELJANZ.....	76
UPTRAVI.....	46	V-GO 40.....	72	XELJANZ XR.....	76
<i>ursodiol</i> .....	67	<i>vienna</i> .....	79	XERMELO.....	25
UZEDY.....	42	<i>vigabatrin</i> .....	29	XGEVA.....	12
<b>V</b>		<i>vigadrone</i> .....	29	XIAFLEX.....	57
<i>valacyclovir</i> .....	5	<i>vigpoder</i> .....	29	XIFAXAN.....	9
VALCHLOR.....	52	<i>vilazodone</i> .....	42	XIGDUO XR.....	62
<i>valganciclovir</i> .....	5	VIMIZIM.....	63	XIIDRA.....	80
<i>valproate sodium</i> .....	29	<i>vinblastine</i> .....	25	XOLAIR.....	85
<i>valproic acid</i> .....	29	<i>vincristine</i> .....	25	XOSPATA.....	26
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> .....	29	<i>vinorelbine</i> .....	25	XPOVIO.....	26
<i>valrubicin</i> .....	25	VIKACE.....	67	XTANDI.....	26
<i>valsartan</i> .....	46	<i>viorele (28)</i> .....	79	<i>xulane</i> .....	77
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> .....	46	VIRACEPT.....	5	<b>Y</b>	
VALTOCO.....	29	VIREAD.....	5	YERVOY.....	26
<i>vancomycin</i> .....	9	VISTOGARD.....	12	YF-VAX (PF).....	70
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL.....	9	VITRAKVI.....	25	YONDELIS.....	26
<i>vandazole</i> .....	77	VIVITROL.....	35	<i>yuvafem</i> .....	77
VANFLYTA.....	25	VIZIMPRO.....	25	<b>Z</b>	
VAQTA (PF).....	70	VONJO.....	25	<i>zafemy</i> .....	77
<i>varenicline</i> .....	57	VORANIGO.....	25	<i>zafirlukast</i> .....	85
VARIVAX (PF).....	70	<i>voriconazole</i> .....	2	<i>zaleplon</i> .....	42
VARIZIG.....	70	VOSEVI.....	5	ZALTRAP.....	26
VARUBI.....	67	VOTRIENT.....	25	ZANOSAR.....	26
VAXCHORA VACCINE...	70	VRAYLAR.....	42	ZEJULA.....	26
VECAMYL.....	50	VYNDAMAX.....	50	ZELBORAF.....	26
		VYXEOS.....	25	<i>zenatane</i> .....	53
		<b>W</b>		ZEPZELCA.....	26
		<i>warfarin</i> .....	48		

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

Última Actualización 11/18/2024.

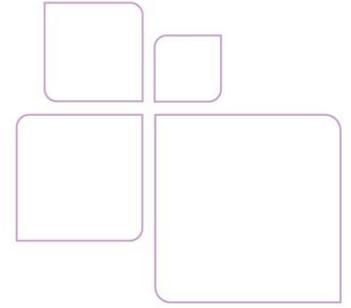
<i>zidovudine</i> .....	5	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>		<i>zumandimine (28)</i> .....	79
<i>ziprasidone hcl</i> .....	42	.....	57	ZURZUVAE.....	42
<i>ziprasidone mesylate</i> .....	42	ZOLINZA.....	26	ZYDELIG.....	26
ZIRABEV.....	26	<i>zolpidem</i> .....	42	ZYKADIA.....	26
ZIRGAN.....	80	ZONISADE.....	30	ZYMFENTRA.....	67
ZOLADEX.....	26	<i>zonisamide</i> .....	30	ZYNLONTA .....	26
<i>zoledronic acid</i> .....	63	<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	79	ZYNYZ.....	26
		ZTALMY .....	30	ZYPREXA RELPREVV	42, 43

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

Última Actualización 11/18/2024.

Este formulario resumido se actualizó el 12/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con CHRISTUS Health Medicare Complete (HMO) / CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) Servicio al miembros al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY, deben llamar al 711, 8 a.m. - 8 p.m., local time, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. - 8 p.m., local time, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite [christushealthplan.org](https://christushealthplan.org).





CHRISTUS Health Advantage is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in CHRISTUS Health Advantage depends on contract renewal. This information is not a complete description of benefits. Open seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time, from October 1 – March 31, and Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time, from April 1 – September 30. Call 844.644.0551/TTY 711 for more information. A voice response system is available after hours. Other providers are also available in our network. CHRISTUS Health Advantage (HMO) Contract #H1189.

CHRISTUS Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of age, color, creed, culture, disability (physical or mental), ethnicity, familial status, gender identity or expression, genetic information, language, national origin, military service, race, religion, sex, sexual orientation, socioeconomic status, or public assistance status. CHRISTUS Health does not exclude people or treat them differently because of age, color, creed, culture, disability (physical or mental), ethnicity, familial status, gender identity or expression, genetic information, language, national origin, military service, race, religion, sex, sexual orientation, socioeconomic status, or public assistance status.

CHRISTUS Health:

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

If you need these services, contact

the Member Services department. If you believe that CHRISTUS Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of age, color, creed, culture, disability (physical or mental), ethnicity, familial status, gender identity or expression, genetic information, language, national origin, military service, race, religion, sex, sexual orientation, socioeconomic status, or public assistance status, you can file a grievance with: CHRISTUS Health, Civil Rights Coordinator, 5101 N. O'Connor Blvd., Irving, TX 75039, Telephone: 469.282.1298, Fax: 210.766.9468 CHRISTUS. [CivilRights@christushealth.org](mailto:CivilRights@christushealth.org). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, please contact the Civil Rights Coordinator at 469.282.1298 for assistance. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD) Complaint forms are available at [\[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html\]\(http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html\).](http://</a></p></div><div data-bbox=)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務 주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً.

اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به طور رایگان برای شما در دسترس است

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. ACHTUNG:

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. ВНИМАНИЕ:

Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます ใບດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ເຮົາຍິນ: ຄຳຄຸນພູດພາສາໄທຍຄຸນສາມາດໃຊ້ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງພາສາໄດ້ຟຣີ



844.282.3026 | TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (CST)

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (CST)

[CHRISTUShealthplan.org](https://CHRISTUShealthplan.org)