



New Mexico
Planes Individuales y Familiares

Lista de medicamentos con receta 2026

Con vigencia desde el 1 de enero de 2026

Índice

Analgesics	10
Anesthetics.....	16
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents	16
Antibacterials	18
Anticonvulsants	24
Antidementia Agents	27
Antidepressants.....	29
Antiemetics.....	33
Antifungals	34
Antigout Agents	36
Antimigraine Agents.....	36
Antimyasthenic Agents.....	37
Antimycobacterials	38
Antineoplastics	38
Antiparasitics	44
Antiparkinson Agents.....	45
Antipsychotics.....	47
Antivirals.....	50
Anxiolytics.....	53
Bipolar Agents	55
Blood Glucose Monitoring	56
Blood Glucose Regulators.....	57
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders.....	61
Cardiovascular Agents	65
Central Nervous System Agents.....	80
Dental and Oral Agents.....	84
Dermatological Agents.....	84
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins	87
Gastrointestinal Agents	91
Genetic or Enzyme Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment	96
Genitourinary Agents.....	96
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal).....	98
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary).....	102
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins)	102
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)	103
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid).....	114

Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal).....	119
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary).....	119
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid).....	120
Immunological Agents.....	120
Inflammatory Bowel Disease Agents	127
Metabolic Bone Disease Agents	127
Miscellaneous Therapeutic Agents	128
Ophthalmic Agents	132
Otic Agents.....	136
Respiratory Tract/Pulmonary Agents	136
Skeletal Muscle Relaxants	144
Sleep Disorder Agents	145
Vaccines	146

La lista de medicamentos con receta

¿Qué es una lista de medicamentos con receta (PDL)?

Una lista de medicamentos con receta (prescription drug list, PDL) es una lista de los medicamentos o suministros cubiertos por su plan. Están incluidos los medicamentos con receta de marca y los genéricos. Los medicamentos están enumerados por categorías o clases y se clasifican en niveles que representan el costo de su costo de desembolso.

El Comité de Gestión de Farmacias del plan Individual y Familiar nos brinda indicaciones para crear la PDL. Este grupo revisa qué medicamentos estarán cubiertos, en función de su valor en general. Los medicamentos se eligen por su seguridad, costo y eficacia. El comité también se asegura de que estas opciones sean seguras y estén cubiertas.

Acerca de esta lista de medicamentos con receta

Cuando hay una diferencia entre esta PDL y los beneficios de su plan, debe guiarse por los documentos de su plan de beneficios.

Es posible que esta no sea una lista completa de los medicamentos que están cubiertos por su plan.

Para ver todos los detalles, revise su plan de beneficios.

¿Cómo uso mi lista de medicamentos con receta?

Usted y su proveedor de atención médica pueden usar la PDL para elegir los medicamentos con receta más convenientes en términos de costos. Esta guía le indica si el medicamento que toma está cubierto, en qué nivel se considera que está según su plan y si el medicamento tiene reglas de cobertura o límites. Puede consultar esta lista cuando visite a su proveedor de atención médica. También puede consultar por medicamentos en myuhc.com/exchange y buscar la PDL en la sección **Pharmacies & Prescriptions (Farmacias y Medicamentos con Receta)**.

¿Qué son los niveles?

Los niveles son diferentes categorías de costo que paga por un medicamento. A cada nivel se le asigna un costo. Puede encontrar información sobre los costos compartidos en los documentos de su plan. Esto determina cuánto pagará cuando surta una receta en una farmacia de la red. Si utiliza los medicamentos de niveles inferiores, podría pagar el costo de desembolso más bajo. Si le recetan un medicamento de un nivel más alto, debe hablar con su proveedor de atención médica para determinar si puede ser adecuado para su afección un medicamento de un nivel más bajo. En la siguiente tabla, el valor general se basa en factores como la eficacia, la seguridad y el costo del medicamento, y la disponibilidad de medicamentos alternativos que pueden ser adecuados para su afección.

Nivel	Costo compartido	Qué incluye
1	\$0	\$0 de costo compartido Medicamentos disponibles sin costo para usted. Incluye medicamentos para la atención preventiva, la salud del comportamiento e infecciones de transmisión sexual .
2	\$	Costo compartido más bajo Medicamentos que tienen el mayor valor general . Incluye medicamentos genéricos preferidos .
3	\$\$	Costo compartido de rango medio Medicamentos que tienen un buen valor general . Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos .
4	\$\$\$	Costo compartido más alto Medicamentos que tienen un buen valor general . Incluye medicamentos de especialidad preferidos .
5	\$\$\$\$	Costo compartido más alto Medicamentos que tienen un valor general más bajo . Incluye medicamentos de marca no preferidos .
6	\$\$\$\$\$	Costo compartido mayor Medicamentos que tienen el menor valor general . Incluye medicamentos de especialidad no preferidos .

El monto que pagará por un medicamento de insulina con receta preferido o una alternativa a la insulina médicamente necesaria no excederá el total de \$25 por cada suministro de 30 días.

¿Puede cambiar la lista de medicamentos con receta?

Por lo general, la mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se efectúan el 1 de enero. Sin embargo, los cambios que tienen repercusiones positivas para usted (como la cobertura de nuevos medicamentos o ahorros de costos) se pueden efectuar en cualquier momento.

¿Por qué algunos medicamentos no tienen cobertura?

Medicamentos excluidos del formulario

Los medicamentos sin cobertura en la PDL también se denominan medicamentos excluidos del formulario. Revisamos los tratamientos en función del valor total, incluida la eficacia, la seguridad, el costo y qué opciones están disponibles para tratar la misma afección médica o una similar. Algunos medicamentos pueden no estar cubiertos si su plan cubre otros medicamentos para su afección. Hable con su proveedor de atención médica. Es posible que pueda solicitar una excepción para obtener la cobertura de su medicamento o que pueda cambiarlo por un medicamento cubierto que sea adecuado para su afección. Consulte la sección **Solicitudes de preautorización y excepción**.

Medicamentos excluidos

Revise los documentos de su plan de beneficios para ver si algún medicamento está excluido de su plan. Si algún medicamento está excluido, consulte a su proveedor de atención médica si los medicamentos cubiertos son adecuados para usted.

Detalles de cobertura

¿Qué son las reglas o los límites de cobertura?

Algunos medicamentos en su lista de medicamentos con receta tienen reglas adicionales para que se puedan cubrir. Algunas de las reglas o límites de cobertura más comunes son la preautorización (prior authorization, PA), los límites de cantidad (quantity limits, QL) y la terapia escalonada (step therapy, ST). Usamos programas como estos para asegurarnos de que el medicamento que toma sea seguro y eficaz. Para obtener más información, consulte los documentos de su plan. En esta lista de medicamentos, algunos tienen letras junto al nombre; estas le ayudarán a determinar cuáles podrían tener reglas o límites de cobertura. Su plan de beneficios determina la cobertura que tendrán los medicamentos en su caso. Para obtener un medicamento que tenga una regla o límite de cobertura, consulte la sección **Solicitudes de preautorización y excepción**.

PA	Se requiere preautorización Su proveedor de atención médica debe brindar información sobre por qué debe tomar un medicamento antes de que su plan tome una decisión sobre la cobertura.
QL	Límite de cantidad Un límite en la cantidad de medicamento que puede adquirir en cada ocasión.
ST	Terapia escalonada Debe probar uno o más medicamentos antes de obtener la cobertura del medicamento que está solicitando.
SP	Medicamento de especialidad Los medicamentos de especialidad permiten tratar afecciones complejas o poco comunes, y pueden necesitar un almacenamiento y una manipulación especiales. Su plan limita los medicamentos de especialidad a un suministro para 1 mes. Los medicamentos de especialidad pueden no estar disponibles en las farmacias minoristas. Es posible que tenga que obtener estos medicamentos en una farmacia de especialidad.

MME	Equivalente a miligramos de morfina Se pueden aplicar límites de cantidad adicionales a todos los medicamentos clasificados como opiáceos que se usan para el tratamiento del dolor. Este límite adicional se llama equivalente a miligramos de morfina (morphine milligram equivalent, MME) acumulativo y está diseñado para controlar los niveles seguros de dosificación de opiáceos para aquellas personas que quizás estén tomando más de un medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su proveedor de atención médica le receta más de esta cantidad o considera que el límite no es adecuado para su situación, usted o su proveedor de atención médica pueden solicitarle al plan que cubra la cantidad adicional.
7D	Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente Si no ha surtido una receta de un opiáceo últimamente, es posible que tenga un límite de un suministro para 7 días. Este límite pretende minimizar la duración inicial si no tiene un historial reciente de uso de opiáceos. Para los nuevos miembros del plan con un historial reciente de uso de opiáceos, la farmacia podría anular el límite. Para los miembros que han surtido una receta de opiáceo recientemente, las recetas se limitan a un suministro de un mes.
PRV*	Medicamento preventivo Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos.
PRV-A	Medicamento preventivo para determinadas edades Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado.
BH*	Condición de salud del comportamiento Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.
STI*	Infección de transmisión sexual Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para cuidado preventivo o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.

¿Qué medicamentos preventivos están cubiertos?

Su plan Individual y Familiar de UnitedHealthcare cubre ciertos medicamentos y suplementos preventivos sin costo para usted cuando los surte en una farmacia de la red.

De acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) de 2010, los medicamentos y suplementos preventivos de venta con receta y sin receta (over-the-counter, OTC) incluyen:

- Aspirina para prevenir la preeclampsia durante el embarazo
- Anticonceptivos
- Preparación intestinal para una colonoscopia necesaria para un examen de detección de cáncer de colon
- Medicamentos preventivos del cáncer de mama
- Fluoruro para prevenir las caries dentales
- Ácido fólico para prevenir defectos congénitos
- Medicamentos para prevenir la conjuntivitis neonatal gonocócica
- Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares
- Medicamentos para dejar de consumir tabaco para dejar de fumar
- Vacunas

Seguimos las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación.

Los medicamentos preventivos aparecen en el Nivel 1 o como medicamentos con \$0 de copago en esta lista de medicamentos. Algunos medicamentos no tienen costo solo si se cumplen determinados requisitos. Como se indica en esta lista, es posible que necesitemos que su proveedor de atención médica nos suministre información sobre su estado de salud para confirmar que cumple los requisitos para obtener medicamentos preventivos sin costo. Siga los pasos en la sección “Solicitudes de preautorización y excepción”. Si califica, puede recibir estos medicamentos a un costo compartido de \$0. Si los usa para tratar otra afección, es posible que se aplique un costo compartido.

¿Cómo puedo obtener anticonceptivos sin receta con cobertura?

Los anticonceptivos de venta sin receta están a su disposición sin costo para usted:

- Para no tener costos iniciales, pídale a la farmacia que presente un reclamo a UnitedHealthcare.
- Si pagó los anticonceptivos de su bolsillo, puede presentar un formulario de reembolso. Obtenga más información sobre el proceso de reembolso en uhc.com/member-resources/pharmacy-benefits/aca-marketplace-plans.

¿Qué medicamentos de salud del comportamiento tienen cobertura sin costo para mí?

Ciertos medicamentos utilizados para tratar una condición de salud del comportamiento, incluidos los medicamentos para trastornos por consumo de sustancias, podrían estar a su disposición sin costo para usted cuando se obtienen en una farmacia de la red. Incluso aunque su plan tenga un deducible y usted no lo haya alcanzado, su costo compartido sigue siendo \$0. Los medicamentos de Nivel 1 tienen cobertura sin costo para usted cuando los obtiene en una farmacia de la red.

Los demás medicamentos identificados para la salud del comportamiento (behavioral health, BH*) podrían estar a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento. Su proveedor de atención médica puede brindarle información sobre su afección médica para determinar si su medicamento cumple con los requisitos para el costo compartido de \$0. Siga los pasos en la sección “Solicitudes de preautorización y excepción”. Si califica, el medicamento está cubierto sin costo para usted cuando surte la receta en una farmacia de la red. Si es para tratar otra enfermedad, se puede aplicar un costo compartido. Se pueden aplicar reglas y límites de cobertura como la preautorización y los límites de cantidad. Es posible que determinados productos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias estén disponible sin costo compartido si los administra un proveedor de atención médica del comportamiento mediante su beneficio médico.

¿Qué medicamentos para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual están cubiertos sin costo para mí?

Es posible que determinados medicamentos utilizados para el cuidado preventivo o el tratamiento de una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) estén a su disposición sin costo para usted cuando la receta se surte en una farmacia de la red. Incluso aunque su plan tenga un deducible y usted no lo haya alcanzado, su costo compartido sigue siendo \$0. Los medicamentos de Nivel 1 tienen cobertura sin costo para usted cuando los obtiene en una farmacia de la red.

Para otros medicamentos indicados como “STI*”, el medicamento puede estar aprobado para obtenerlo sin costo para usted cuando se receta para el cuidado preventivo o el tratamiento de una infección de transmisión sexual. Su proveedor de atención médica puede brindarle información sobre su afección médica para determinar si su medicamento cumple con los requisitos para el costo compartido de \$0. Siga los pasos en la sección “Solicitudes de preautorización y excepción”. Si califica, el medicamento está cubierto sin costo para usted cuando surte la receta en una farmacia de la red. Si es para tratar otra enfermedad, se puede aplicar un costo compartido. Se pueden aplicar reglas y límites de cobertura como la preautorización y los límites de cantidad.

¿Qué medicamentos cubre mi beneficio médico?

Para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su beneficio médico, visite uhcprovider.com/content/dam/provider/docs/public/resources/pharmacy/IFP-Clinical-Program-Summary-Drug-List.pdf

Solicitudes de preautorización y excepción

Algunos medicamentos requieren preautorización o pueden necesitar una excepción. Por ejemplo, los medicamentos con las siguientes características:

- Requieren una preautorización, que incluye medicamentos con receta compuestos.
- Requieren terapia escalonada.
- Exceden los límites de cantidad.
- Exceden las revisiones de seguridad de opiáceos.
 - Límite de un suministro de 7 días para los miembros que no han surtido una receta de un opiáceo recientemente.
 - Uso de opiáceos que excede el nivel de equivalente a miligramos de morfina (morphine milligram equivalent, MME) establecido.
- No aparecen en la PDL (también denominados medicamentos excluidos del formulario).
- Pueden tener cobertura sin costo cuando se cumplen requisitos específicos, como los medicamentos preventivos.

¿Cómo puedo obtener un medicamento que requiere preautorización o una excepción?

Optum Rx, nuestro administrador de beneficios de farmacia, procesa las solicitudes de preautorización y excepción en nombre de los planes Individuales y Familiares de UnitedHealthcare. Comuníquese con su proveedor de atención médica para enviar una solicitud. Los proveedores de atención médica pueden presentar una solicitud de las siguientes maneras:

- En línea: professionals.optumrx.com/prior-authorization.html
- Por teléfono: 1-800-711-4555

En la solicitud se debe incluir el diagnóstico, el historial de medicamentos, la justificación clínica, el registro médico o los análisis de laboratorio, según sea necesario, y demás información de respaldo. Si falta información, Optum Rx se comunicará con su proveedor de atención médica y le solicitará información adicional.

Les enviaremos una notificación de la decisión por escrito a usted y a su proveedor de atención médica. Si su proveedor de atención médica no está de acuerdo con la decisión, en la notificación se brindarán instrucciones sobre cómo solicitar una apelación.

Usted y su proveedor de atención médica pueden ingresar a uhcprovider.com/exchange para obtener más información y consultar los criterios clínicos.

Consejos sobre los medicamentos

¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos de marca y los genéricos?

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos (lo que hace que el medicamento surta efecto) que los medicamentos de marca, pero suelen costar menos. Si está tomando un medicamento de marca que no está en el formulario y que tiene un equivalente genérico, también puede ser responsable de la diferencia de costo entre el medicamento de marca y su equivalente genérico. Para obtener más información, consulte los documentos de su plan.

¿Qué sucede si mi proveedor de atención médica me receta un medicamento de marca?

Si el proveedor de atención médica le receta un medicamento de marca, pregúntele si una opción genérica o más económica podría ser adecuada para usted. Por lo general, los medicamentos genéricos son la opción más económica.

Cómo leer la lista de medicamentos con receta

La PDL le ofrece opciones para que usted y su proveedor de atención médica puedan elegir el mejor tratamiento. Hay 2 maneras de buscar los medicamentos en la PDL:

- **Por categoría:** los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según las afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una infección se indican, por lo general, en la categoría Antibacterials. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría y, luego, busque el medicamento debajo del nombre de la categoría.
- **Por orden alfabético:** si no sabe en qué categoría buscar el medicamento, debe buscarlo en el Índice. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el Índice para encontrar su medicamento. Al lado del medicamento, verá el número de la página en la que se encuentra la información de cobertura. Vaya a la página que se encuentra en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Tiene preguntas?



Consulte la póliza para obtener más información sobre su beneficio de farmacia.



Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.



Regístrese o inicie sesión en su cuenta en línea en myuhc.com/exchange para hacer lo siguiente:

- Buscar la lista actual de los medicamentos cubiertos.
- Buscar una farmacia de la red por código postal.
- Obtener información sobre el servicio de entrega a domicilio.
- Buscar posibles alternativas de medicamentos de menor costo.
- Comparar precios y opciones de medicamentos.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
Analgesics						
APAP-CAFFEIN CAP DIHY-DROC	ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHY-DROCODEINE CAP 320.5-30-16 MG	Nivel 3		X		MME/7D
APAP/CODEINE SOL 120-12/5	ACETAMINOPHEN W / CODEINE SOLN 120-12 MG / 5ML	Nivel 2		X		MME/7D
APAP/CODEINE SOL 300-30MG	ACETAMINOPHEN W / CODEINE SOLN 120-12 MG / 5ML	Nivel 2		X		MME/7D
APAP/CODEINE TAB 300-15MG	ACETAMINOPHEN W / CODEINE TAB 300-15 MG	Nivel 2		X		MME/7D
APAP/CODEINE TAB 300-30MG	ACETAMINOPHEN W / CODEINE TAB 300-30 MG	Nivel 2		X		MME/7D
APAP/CODEINE TAB 300-60MG	ACETAMINOPHEN W / CODEINE TAB 300-60 MG	Nivel 2		X		MME/7D
ASCOMP/COD CAP 30MG	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFF W / CODEINE CAP 50-325-40-30 MG	Nivel 3		X		MME/7D
ASPIRIN LOW CHW 81MG	ASPIRIN CHEW TAB 81 MG	Nivel 1				
ASPIRIN LOW TAB 81MG EC	ASPIRIN TAB DELAYED RELEASE 81 MG	Nivel 1				
BAC TAB	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE TAB 50-325-40 MG	Nivel 2		X		
BUT/APAP/CAF CAP	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE CAP 50-300-40 MG	Nivel 3		X		
BUT/APAP/CAF CAP	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE CAP 50-325-40 MG	Nivel 3		X		
BUT/APAP/CAF CAP CODEINE	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFF W / COD CAP 50-300-40-30 MG	Nivel 3		X		MME/7D
BUT/APAP/CAF CAP CODEINE	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFF W / COD CAP 50-325-40-30 MG	Nivel 3		X		MME/7D
BUT/APAP/CAF TAB	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE TAB 50-325-40 MG	Nivel 2		X		
BUT/ASA/CAF/ CAP CODEINE	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFF W / CODEINE CAP 50-325-40-30 MG	Nivel 3		X		MME/7D
BUT/ASA/CAFF CAP	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAP 50-325-40 MG	Nivel 3		X		
BUTAL/APAP TAB 50-325MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-325 MG	Nivel 3		X		
BUTALB/ACETA TAB 50-300MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-300 MG	Nivel 3		X		
BUTORPHANOL SOL 10MG/ML	BUTORPHANOL TARTRATE NASAL SOLN 10 MG / ML	Nivel 3		X		MME/7D
CELECOXIB CAP 100MG	CELECOXIB CAP 100 MG	Nivel 2		X		
CELECOXIB CAP 200MG	CELECOXIB CAP 200 MG	Nivel 2		X		
CELECOXIB CAP 400MG	CELECOXIB CAP 400 MG	Nivel 2		X		
CELECOXIB CAP 50MG	CELECOXIB CAP 50 MG	Nivel 2		X		
CODEINE SULF TAB 15MG	CODEINE SULFATE TAB 15 MG	Nivel 2		X		MME/7D
CODEINE SULF TAB 30MG	CODEINE SULFATE TAB 30 MG	Nivel 2		X		MME/7D
CODEINE SULF TAB 60MG	CODEINE SULFATE TAB 60 MG	Nivel 2		X		MME/7D
DICLO/MISOPR TAB 50-0.2MG	DICLOFENAC W / MISOPROSTOL TAB DELAYED RELEASE 50-0.2 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DICLO/MISOPR TAB 75-0.2MG	DICLOFENAC W / MISOPROSTOL TAB DELAYED RELEASE 75-0.2 MG	Nivel 3				
DICLOFEN POT TAB 50MG	DICLOFENAC POTASSIUM TAB 50 MG	Nivel 2				
DICLOFENAC GEL 1%	DICLOFENAC SODIUM GEL 1% (1.16% DIETHYLAMINE EQUIV)	Nivel 3		X		
DICLOFENAC TAB 100MG ER	DICLOFENAC SODIUM TAB ER 24HR 100 MG	Nivel 3				
DICLOFENAC TAB 25MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 25 MG	Nivel 2				
DICLOFENAC TAB 50MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 50 MG	Nivel 2				
DICLOFENAC TAB 75MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 75 MG	Nivel 2				
DIFLUNISAL TAB 500MG	DIFLUNISAL TAB 500 MG	Nivel 2				
EC-NAPROXEN TAB 375MG	NAPROXEN TAB EC 375 MG	Nivel 2				
EC-NAPROXEN TAB 500MG	NAPROXEN TAB EC 500 MG	Nivel 2				
ENDOCET TAB 10-325MG	OXYCODONE W / ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
ENDOCET TAB 2.5-325	OXYCODONE W / ACETAMINOPHEN TAB 2.5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
ENDOCET TAB 5-325MG	OXYCODONE W / ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
ENDOCET TAB 7.5-325	OXYCODONE W / ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
ETODOLAC CAP 200MG	ETODOLAC CAP 200 MG	Nivel 2				
ETODOLAC CAP 300MG	ETODOLAC CAP 300 MG	Nivel 2				
ETODOLAC ER TAB 400MG	ETODOLAC TAB ER 24HR 400 MG	Nivel 3				
ETODOLAC ER TAB 500MG	ETODOLAC TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 3				
ETODOLAC ER TAB 600MG	ETODOLAC TAB ER 24HR 600 MG	Nivel 3				
ETODOLAC TAB 400MG	ETODOLAC TAB 400 MG	Nivel 2				
ETODOLAC TAB 500MG	ETODOLAC TAB 500 MG	Nivel 2				
FENOPROFEN TAB 600MG	FENOPROFEN CALCIUM TAB 600 MG	Nivel 3				
FENTANYL DIS 100MCG/H	FENTANYL TD PATCH 72HR 100 MCG / HR	Nivel 3	X	X		MME/7D
FENTANYL DIS 12MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 12 MCG / HR	Nivel 3	X	X		MME/7D
FENTANYL DIS 25MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 25 MCG / HR	Nivel 3	X	X		MME/7D
FENTANYL DIS 50MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 50 MCG / HR	Nivel 3	X	X		MME/7D
FENTANYL DIS 75MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 75 MCG / HR	Nivel 3	X	X		MME/7D
FENTANYL OT LOZ 1200MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 1200 MCG	Nivel 3	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
FENTANYL OT LOZ 1600MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 1600 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 200MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 200 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 400MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 400 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 600MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 600 MCG	Nivel 3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 800MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 800 MCG	Nivel 3	X	X		
FLURBIPROFEN TAB 100MG	FLURBIPROFEN TAB 100 MG	Nivel 2				
HYDRO/ACETA SOL 10-325MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN SOLN 10-325 MG / 15ML	Nivel 2		X		MME/7D
HYDROCO/APAP SOL 7.5-325	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN SOLN 7.5-325 MG / 15ML	Nivel 2		X		MME/7D
HYDROCO/APAP TAB 10-325MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
HYDROCO/APAP TAB 2.5-325	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 2.5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
HYDROCO/APAP TAB 5-325MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
HYDROCO/APAP TAB 7.5-325	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
HYDROCOD/IBU TAB 10-200MG	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 10-200 MG	Nivel 3		X		MME/7D
HYDROCOD/IBU TAB 5-200MG	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 5-200 MG	Nivel 3		X		MME/7D
HYDROCOD/IBU TAB 7.5-200	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 7.5-200 MG	Nivel 3		X		MME/7D
HYDROCODONE CAP 10MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 10 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROCODONE CAP 15MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 15 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROCODONE CAP 20MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 20 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROCODONE CAP 30MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 30 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROCODONE CAP 40MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 40 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROCODONE CAP 50MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER 12HR 50 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROMORPHON LIQ 1MG/ML	HYDROMORPHONE HCL LIQD 1 MG / ML	Nivel 3		X		MME/7D
HYDROMORPHON TAB 12MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 12 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROMORPHON TAB 16MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 16 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROMORPHON TAB 2MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 2 MG	Nivel 2		X		MME/7D

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
HYDROMORPHON TAB 32MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 32 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
HYDROMORPHON TAB 4MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 4 MG	Nivel 2		X		MME/7D
HYDROMORPHON TAB 8MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 8 MG	Nivel 2		X		MME/7D
HYDROMORPHON TAB 8MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 8 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
IBU TAB 400MG	IBUPROFEN TAB 400 MG	Nivel 2				
IBU TAB 600MG	IBUPROFEN TAB 600 MG	Nivel 2				
IBU TAB 800MG	IBUPROFEN TAB 800 MG	Nivel 2				
IBUPROFEN TAB 400MG	IBUPROFEN TAB 400 MG	Nivel 2				
IBUPROFEN TAB 600MG	IBUPROFEN TAB 600 MG	Nivel 2				
IBUPROFEN TAB 800MG	IBUPROFEN TAB 800 MG	Nivel 2				
INDOMETHACIN CAP 25MG	INDOMETHACIN CAP 25 MG	Nivel 2		X		
INDOMETHACIN CAP 50MG	INDOMETHACIN CAP 50 MG	Nivel 2		X		
INDOMETHACIN CAP 75MG ER	INDOMETHACIN CAP ER 75 MG	Nivel 2				
KETOPROFEN CAP 200MG ER	KETOPROFEN CAP ER 24HR 200 MG	Nivel 3			X	
KETOPROFEN CAP 25MG	KETOPROFEN CAP 25 MG	Nivel 3			X	
KETOPROFEN CAP 50MG	KETOPROFEN CAP 50 MG	Nivel 3			X	
KETOROLAC TAB 10MG	KETOROLAC TROMETHAMINE TAB 10 MG	Nivel 2				
LEVORPHANOL TAB 2MG	LEVORPHANOL TARTRATE TAB 2 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
LEVORPHANOL TAB 3MG	LEVORPHANOL TARTRATE TAB 3 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
MECLOFEN SOD CAP 100MG	MECLOFENAMATE SODIUM CAP 100 MG	Nivel 3				
MECLOFEN SOD CAP 50MG	MECLOFENAMATE SODIUM CAP 50 MG	Nivel 3				
MEFENAM ACID CAP 250MG	MEFENAMIC ACID CAP 250 MG	Nivel 3				
MELOXICAM TAB 15MG	MELOXICAM TAB 15 MG	Nivel 2				
MELOXICAM TAB 7.5MG	MELOXICAM TAB 7.5 MG	Nivel 2				
METHADONE CON 10MG/ ML	METHADONE HCL CONC 10 MG / ML	Nivel 2	X	X		MME/7D
METHADONE SOL 10MG/5ML	METHADONE HCL SOLN 10 MG / 5ML	Nivel 2	X	X		MME/7D
METHADONE SOL 5MG/5ML	METHADONE HCL SOLN 5 MG / 5ML	Nivel 2	X	X		MME/7D
METHADONE TAB 10MG	METHADONE HCL TAB 10 MG	Nivel 2	X	X		MME/7D
METHADONE TAB 5MG	METHADONE HCL TAB 5 MG	Nivel 2	X	X		MME/7D
MORPHINE SUL SOL 10/0.5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG / 5ML (20 MG / ML)	Nivel 3		X		MME/7D
MORPHINE SUL SOL 100/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG / 5ML (20 MG / ML)	Nivel 3		X		MME/7D

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
MORPHINE SUL SOL 10MG/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 10 MG / 5ML	Nivel 3		X		MME/7D
MORPHINE SUL SOL 20MG/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 20 MG / 5ML	Nivel 3		X		MME/7D
MORPHINE SUL SOL 20MG/ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG / 5ML (20 MG / ML)	Nivel 3		X		MME/7D
MORPHINE SUL TAB 100MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 100 MG	Nivel 2	X	X		MME/7D
MORPHINE SUL TAB 15MG	MORPHINE SULFATE TAB 15 MG	Nivel 2		X		MME/7D
MORPHINE SUL TAB 15MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 15 MG	Nivel 2	X	X		MME/7D
MORPHINE SUL TAB 200MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 200 MG	Nivel 2	X	X		MME/7D
MORPHINE SUL TAB 30MG	MORPHINE SULFATE TAB 30 MG	Nivel 2		X		MME/7D
MORPHINE SUL TAB 30MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 30 MG	Nivel 2	X	X		MME/7D
MORPHINE SUL TAB 60MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 60 MG	Nivel 2	X	X		MME/7D
NABUMETONE TAB 500MG	NABUMETONE TAB 500 MG	Nivel 2				
NABUMETONE TAB 750MG	NABUMETONE TAB 750 MG	Nivel 2				
NAPROXEN DR TAB 375MG	NAPROXEN TAB EC 375 MG	Nivel 2				
NAPROXEN DR TAB 500MG	NAPROXEN TAB EC 500 MG	Nivel 2				
NAPROXEN SOD TAB 275MG	NAPROXEN SODIUM TAB 275 MG	Nivel 2				
NAPROXEN SOD TAB 550MG	NAPROXEN SODIUM TAB 550 MG	Nivel 2				
NAPROXEN SUS 125/5ML	NAPROXEN SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 3	X			
NAPROXEN TAB 250MG	NAPROXEN TAB 250 MG	Nivel 2				
NAPROXEN TAB 375MG	NAPROXEN TAB 375 MG	Nivel 2				
NAPROXEN TAB 500MG	NAPROXEN TAB 500 MG	Nivel 2				
NUCYNTA ER TAB 100MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
NUCYNTA ER TAB 150MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 150 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
NUCYNTA ER TAB 200MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 200 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
NUCYNTA ER TAB 250MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 250 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
NUCYNTA ER TAB 50MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 50 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
OXAPROZIN TAB 600MG	OXAPROZIN TAB 600 MG	Nivel 3				
OXYCOD/APAP TAB 10-325MG	OXYCODONE W / ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCOD/APAP TAB 2.5-325	OXYCODONE W / ACETAMINOPHEN TAB 2.5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
OXYCOD/APAP TAB 5-325MG	OXYCODONE W / ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCOD/APAP TAB 7.5-325	OXYCODONE W / ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCODONE CAP 5MG	OXYCODONE HCL CAP 5 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCODONE CON 100/5ML	OXYCODONE HCL CONC 100 MG / 5ML (20 MG / ML)	Nivel 3		X		MME/7D
OXYCODONE SOL 5MG/5ML	OXYCODONE HCL SOLN 5 MG / 5ML	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCODONE TAB 10MG	OXYCODONE HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCODONE TAB 15MG	OXYCODONE HCL TAB 15 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCODONE TAB 20MG	OXYCODONE HCL TAB 20 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCODONE TAB 30MG	OXYCODONE HCL TAB 30 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYCODONE TAB 5MG	OXYCODONE HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB 10MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 10 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB 15MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 15 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB 20MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 20 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB 30MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 30 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB 40MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 40 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB 5MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 5 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB 7.5MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 7.5 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB HCL 10MG	OXYMORPHONE HCL TAB 10 MG	Nivel 3		X		MME/7D
OXYMORPHONE TAB HCL 5MG	OXYMORPHONE HCL TAB 5 MG	Nivel 3		X		MME/7D
PENTAZ/NALOX TAB 50-0.5MG	PENTAZOCINE W / NALOXONE HCL TAB 50-0.5 MG	Nivel 3		X		MME/7D
PIROXICAM CAP 10MG	PIROXICAM CAP 10 MG	Nivel 2				
PIROXICAM CAP 20MG	PIROXICAM CAP 20 MG	Nivel 2				
SALSALATE TAB 500MG	SALSALATE TAB 500 MG	Nivel 2				
SALSALATE TAB 750MG	SALSALATE TAB 750 MG	Nivel 2				
ST JOSEPH CHW LOW 81MG	ASPIRIN CHEW TAB 81 MG	Nivel 1				
SULINDAC TAB 150MG	SULINDAC TAB 150 MG	Nivel 2				
SULINDAC TAB 200MG	SULINDAC TAB 200 MG	Nivel 2				
TENCON TAB 50-325MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-325 MG	Nivel 3		X		
TOLMETIN SOD CAP 400MG	TOLMETIN SODIUM CAP 400 MG	Nivel 3				
TOLMETIN SOD TAB 600MG	TOLMETIN SODIUM TAB 600 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TRAMADL/APAP TAB 375-325	TRAMADOL-ACETAMINOPHEN TAB 375-325 MG	Nivel 2		X		MME/7D
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR 100 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 100 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR 200 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 200 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 300 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
TRAMADOL HCL TAB 50MG	TRAMADOL HCL TAB 50 MG	Nivel 2		X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 13.5MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDTERRENT 13.5 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 18MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDTERRENT 18 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 27MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDTERRENT 27 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 36MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDTERRENT 36 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 9MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDTERRENT 9 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
Anesthetics						
GLYDO GEL 2%	LIDOCAINE HCL URETHRAL / MUCO-SAL GEL PREFILLED SYRINGE 2%	Nivel 2				
LIDO/PRILOCN CRE 2.5-2.5%	LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM 2.5-2.5%	Nivel 2				
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	LIDOCAINE HCL URETHRAL / MUCO-SAL GEL 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	LIDOCAINE HCL URETHRAL / MUCO-SAL GEL PREFILLED SYRINGE 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE PAD 5%	LIDOCAINE PATCH 5%	Nivel 3	X	X		
LIDOCAINE SOL 2% ORAL	LIDOCAINE HCL VISCOUS SOLN 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE SOL 2% VISC	LIDOCAINE HCL VISCOUS SOLN 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE SOL 4%	LIDOCAINE HCL LARYNGOTRACHEAL SOLN 4%	Nivel 3				
LIDOCAINE SOL 4%	LIDOCAINE HCL SOLN 4%	Nivel 3				
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents						
ACAMPRO CAL TAB 333MG	ACAMPROSATE CALCIUM TAB DE-LAYED RELEASE 333 MG	Nivel 1				
BUPREN/NALOX MIS 12-3MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL FILM 12-3 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
BUPREN/NALOX MIS 2-0.5MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL FILM 2-0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
BUPREN/NALOX MIS 4-1MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL FILM 4-1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
BUPREN/NALOX MIS 8-2MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL FILM 8-2 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
BUPREN/NALOX SUB 2-0.5MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 2-0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
BUPREN/NALOX SUB 8-2MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 8-2 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
BUPRENORPHIN SUB 2MG	BUPRENORPHINE HCL SL TAB 2 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
BUPRENORPHIN SUB 8MG	BUPRENORPHINE HCL SL TAB 8 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
BUPROPION TAB 150MG SR	BUPROPION HCL (SMOKING DETER- RENT) TAB ER 12HR 150 MG	Nivel 1				
DISULFIRAM TAB 250MG	DISULFIRAM TAB 250 MG	Nivel 1				
DISULFIRAM TAB 500MG	DISULFIRAM TAB 500 MG	Nivel 1				
NALOXONE HCL INJ 1MG/ ML	NALOXONE HCL SOLN PREFILLED SYRINGE 2 MG / 2ML	Nivel 1				
NALOXONE HCL INJ 2MG/2ML	NALOXONE HCL SOLN PREFILLED SYRINGE 2 MG / 2ML	Nivel 1				
NALOXONE HCL SOL 0.4MG/ML	NALOXONE HCL SOLN PREFILLED SYRINGE 0.4 MG / ML	Nivel 1				
NALOXONE HCL SPR 4MG	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG / 0.1ML	Nivel 1				
NALOXONE INJ 0.4MG/ ML	NALOXONE HCL INJ 0.4 MG / ML	Nivel 1				
NALOXONE INJ 0.4MG/ ML	NALOXONE HCL INJ 4 MG / 10ML	Nivel 1				
NALOXONE INJ 0.4MG/ ML	NALOXONE HCL SOLN CARTRIDGE 0.4 MG / ML	Nivel 1				
NALOXONE INJ 4MG/10ML	NALOXONE HCL INJ 4 MG / 10ML	Nivel 1				
NALOXONE SPR 4MG	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG / 0.1ML	Nivel 1				
NALTREXONE TAB 50MG	NALTREXONE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
NARCAN SPR 4MG	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG / 0.1ML	Nivel 1				
NICODERM CQ DIS 14MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 14 MG / 24HR	Nivel 1				
NICODERM CQ DIS 21MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 21 MG / 24HR	Nivel 1				
NICODERM CQ DIS 7MG/24HR	NICOTINE TD PATCH 24HR 7 MG / 24HR	Nivel 1				
NICORETTE GUM 2MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	Nivel 1				
NICORETTE GUM 4MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 4 MG	Nivel 1				
NICORETTE LOZ 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 2 MG	Nivel 1				
NICORETTE LOZ 4MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 4 MG	Nivel 1				
NICOTINE DIS 7MG/24HR	NICOTINE TD PATCH 24HR 7 MG / 24HR	Nivel 1				
NICOTINE GUM 2MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NICOTINE GUM 4MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 4 MG	Nivel 1				
NICOTINE LOZ 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 2 MG	Nivel 1				
NICOTINE LOZ 4MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 4 MG	Nivel 1				
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	NICOTINE TD PATCH 24 HR KIT 21-14-7 MG / 24HR	Nivel 1				
NICOTINE TD DIS 14MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 14 MG / 24HR	Nivel 1				
NICOTINE TD DIS 21MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 21 MG / 24HR	Nivel 1				
NICOTROL INH	NICOTINE INHALER SYSTEM 10 MG (4 MG DELIVERED)	Nivel 1				
NICOTROL NS SPR 10MG/ ML	NICOTINE NASAL SPRAY 10 MG / ML (0.5 MG / SPRAY)	Nivel 1				
REXTOVY SPR 4/0.25ML	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG / 0.25ML	Nivel 1				
THRIVE GUM 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	Nivel 1				
VARENICLINE TAB 0.5& 1MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 11 X 0.5 MG & 42 X 1 MG START PACK	Nivel 1				
VARENICLINE TAB 0.5MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
VARENICLINE TAB 1MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
ZUBSOLV SUB 0.7-0.18	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 0.7-0.18 MG (BASE EQ)	Nivel 1				
ZUBSOLV SUB 1.4-0.36	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 1.4-0.36 MG (BASE EQ)	Nivel 1				
ZUBSOLV SUB 11.4-2.9	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 11.4-2.9 MG (BASE EQ)	Nivel 1				
ZUBSOLV SUB 2.9-0.71	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 2.9-0.71 MG (BASE EQ)	Nivel 1				
ZUBSOLV SUB 5.7-1.4	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 5.7-1.4 MG (BASE EQ)	Nivel 1				
ZUBSOLV SUB 8.6-2.1	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 8.6-2.1 MG (BASE EQ)	Nivel 1				
Antibacterials						
ALTABAX OIN 1%	RETAPAMULIN OINT 1%	Nivel 5		X		
AMOX/K CLAV CHW 200MG	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	Nivel 2				
AMOX/K CLAV CHW 400MG	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	Nivel 2				
AMOX/K CLAV SUS 200/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG / 5ML	Nivel 2				
AMOX/K CLAV SUS 250/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 250-62.5 MG / 5ML	Nivel 2				
AMOX/K CLAV SUS 400/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG / 5ML	Nivel 2				
AMOX/K CLAV SUS 600/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 600-42.9 MG / 5ML	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
AMOX/K CLAV TAB 250-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 250-125 MG	Nivel 2				
AMOX/K CLAV TAB 500-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 500-125 MG	Nivel 2				
AMOX/K CLAV TAB 875-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 875-125 MG	Nivel 2				
AMOXICILLIN CAP 250MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CAP 250 MG	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN CAP 500MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CAP 500 MG	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN CHW 125MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CHEW TAB 125 MG	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN CHW 250MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CHEW TAB 250 MG	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN SUS 125/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN SUS 200/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 200 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN SUS 250/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 250 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN SUS 400/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 400 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN TAB 500MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) TAB 500 MG	Nivel 2				STI*
AMOXICILLIN TAB 875MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) TAB 875 MG	Nivel 2				STI*
AMPICILLIN CAP 500MG	AMPICILLIN CAP 500 MG	Nivel 2				
AZITHROMYCIN POW 1GM PAK	AZITHROMYCIN POWD PACK FOR SUSP 1 GM	Nivel 2				STI*
AZITHROMYCIN SUS 100/5ML	AZITHROMYCIN FOR SUSP 100 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
AZITHROMYCIN SUS 200/5ML	AZITHROMYCIN FOR SUSP 200 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
AZITHROMYCIN TAB 250MG	AZITHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 2				STI*
AZITHROMYCIN TAB 500MG	AZITHROMYCIN TAB 500 MG	Nivel 2				STI*
AZITHROMYCIN TAB 600MG	AZITHROMYCIN TAB 600 MG	Nivel 2				STI*
BAXDELA TAB 450MG	DELAFOXACIN MEGLUMINE TAB 450 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5				
CEFACTOR CAP 250MG	CEFACTOR CAP 250 MG	Nivel 2				
CEFACTOR CAP 500MG	CEFACTOR CAP 500 MG	Nivel 2				
CEFACTOR ER TAB 500MG	CEFACTOR MONOHYDRATE TAB ER 12HR 500 MG	Nivel 3				
CEFADROXIL CAP 500MG	CEFADROXIL CAP 500 MG	Nivel 2				
CEFADROXIL SUS 250/5ML	CEFADROXIL FOR SUSP 250 MG / 5ML	Nivel 2				
CEFADROXIL SUS 500/5ML	CEFADROXIL FOR SUSP 500 MG / 5ML	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CEFADROXIL TAB 1GM	CEFADROXIL TAB 1 GM	Nivel 3				
CEFDINIR CAP 300MG	CEFDINIR CAP 300 MG	Nivel 2				
CEFDINIR SUS 125/5ML	CEFDINIR FOR SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 2				
CEFDINIR SUS 250/5ML	CEFDINIR FOR SUSP 250 MG / 5ML	Nivel 2				
CEFIXIME CAP 400MG	CEFIXIME CAP 400 MG	Nivel 3				STI*
CEFIXIME SUS 100/5ML	CEFIXIME FOR SUSP 100 MG / 5ML	Nivel 3				STI*
CEFIXIME SUS 200/5ML	CEFIXIME FOR SUSP 200 MG / 5ML	Nivel 3				STI*
CEFPODO PROX SUS 100/5ML	CEFPODOXIME PROXETIL FOR SUSP 100 MG / 5ML	Nivel 3				
CEFPODO PROX SUS 50MG/5ML	CEFPODOXIME PROXETIL FOR SUSP 50 MG / 5ML	Nivel 3				
CEFPODOXIME TAB 100MG	CEFPODOXIME PROXETIL TAB 100 MG	Nivel 3				
CEFPODOXIME TAB 200MG	CEFPODOXIME PROXETIL TAB 200 MG	Nivel 3				
CEFPROZIL SUS 125/5ML	CEFPROZIL FOR SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 2				
CEFPROZIL SUS 250/5ML	CEFPROZIL FOR SUSP 250 MG / 5ML	Nivel 2				
CEFPROZIL TAB 250MG	CEFPROZIL TAB 250 MG	Nivel 2				
CEFPROZIL TAB 500MG	CEFPROZIL TAB 500 MG	Nivel 2				
CEFUROXIME TAB 250MG	CEFUROXIME AXETIL TAB 250 MG	Nivel 2				
CEFUROXIME TAB 500MG	CEFUROXIME AXETIL TAB 500 MG	Nivel 2				
CEPHALEXIN CAP 250MG	CEPHALEXIN CAP 250 MG	Nivel 2				
CEPHALEXIN CAP 500MG	CEPHALEXIN CAP 500 MG	Nivel 2				
CEPHALEXIN SUS 125/5ML	CEPHALEXIN FOR SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 2				
CEPHALEXIN SUS 250/5ML	CEPHALEXIN FOR SUSP 250 MG / 5ML	Nivel 2				
CIPROFLOXACN SUS 250/5ML	CIPROFLOXACIN FOR ORAL SUSP 250 MG / 5ML (5%) (5 GM / 100ML)	Nivel 3				STI*
CIPROFLOXACN TAB 100MG	CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				STI*
CIPROFLOXACN TAB 250MG	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				STI*
CIPROFLOXACN TAB 500MG	CIPROFLOXACIN HCL TAB 500 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				STI*
CIPROFLOXACN TAB 750MG	CIPROFLOXACIN HCL TAB 750 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				STI*
CLARITHROMYC SUS 125/5ML	CLARITHROMYCIN FOR SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 3				
CLARITHROMYC SUS 250/5ML	CLARITHROMYCIN FOR SUSP 250 MG / 5ML	Nivel 3				
CLARITHROMYC TAB 250MG	CLARITHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 2				
CLARITHROMYC TAB 500MG	CLARITHROMYCIN TAB 500 MG	Nivel 2				
CLARITHROMYC TAB 500MG ER	CLARITHROMYCIN TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 3				
CLINDAMYCIN CAP 150MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 150 MG	Nivel 2				STI*

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CLINDAMYCIN CAP 300MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 300 MG	Nivel 2				STI*
CLINDAMYCIN CAP 75MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 75 MG	Nivel 2				STI*
CLINDAMYCIN CRE 2% VAG	CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL CREAM 2%	Nivel 2				STI*
CLINDAMYCIN SOL 75MG/5ML	CLINDAMYCIN PALMITATE HCL FOR SOLN 75 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 3				STI*
DEMECLOCYCL TAB 150MG	DEMECLOCYCLINE HCL TAB 150 MG	Nivel 3				
DEMECLOCYCL TAB 300MG	DEMECLOCYCLINE HCL TAB 300 MG	Nivel 3				
DICLOXACILL CAP 250MG	DICLOXACILLIN SODIUM CAP 250 MG	Nivel 2				
DICLOXACILL CAP 500MG	DICLOXACILLIN SODIUM CAP 500 MG	Nivel 2				
DOXYCYC MONO CAP 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 100 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYC MONO CAP 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 50 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 100 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 150MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 150 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 50 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 75MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 75 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYCL HYC CAP 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE CAP 100 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYCL HYC CAP 50MG	DOXYCYCLINE HYCLATE CAP 50 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYCL HYC TAB 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE TAB 100 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYCL HYC TAB 20MG	DOXYCYCLINE HYCLATE TAB 20 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYCLINE SUS 25MG/5ML	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE FOR SUSP 25 MG / 5ML	Nivel 3				STI*
ERYTHROCIN TAB 250MG	ERYTHROMYCIN STEARATE TAB 250 MG	Nivel 5				STI*
ERYTHROM ETH SUS 200/5ML	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE FOR SUSP 200 MG / 5ML	Nivel 3				STI*
ERYTHROM ETH SUS 400/5ML	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE FOR SUSP 400 MG / 5ML	Nivel 3				STI*
ERYTHROM ETH TAB 400MG	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE TAB 400 MG	Nivel 3				STI*
ERYTHROMYCIN CAP 250MG DR	ERYTHROMYCIN W / DELAYED RELEASE PARTICLES CAP 250 MG	Nivel 3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 250MG	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 3				STI*

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 250 MG	Nivel 3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 333MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 333 MG	Nivel 3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 500MG	ERYTHROMYCIN TAB 500 MG	Nivel 3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 500MG BS	ERYTHROMYCIN TAB 500 MG	Nivel 3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 500MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 500 MG	Nivel 3				STI*
FOSFOMYCIN POW 3GM	FOSFOMYCIN TROMETHAMINE POWD PACK 3 GM (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
GENTAMICIN CRE 0.1%	GENTAMICIN SULFATE CREAM 0.1%	Nivel 3				
GENTAMICIN OIN 0.1%	GENTAMICIN SULFATE OINT 0.1%	Nivel 3				
HUMATIN CAP 250MG	PAROMOMYCIN SULFATE CAP 250 MG	Nivel 5				
LEVOFLOXACIN SOL 25MG/ML	LEVOFLOXACIN ORAL SOLN 25 MG / ML	Nivel 3				STI*
LEVOFLOXACIN TAB 250MG	LEVOFLOXACIN TAB 250 MG	Nivel 2				STI*
LEVOFLOXACIN TAB 500MG	LEVOFLOXACIN TAB 500 MG	Nivel 2				STI*
LEVOFLOXACIN TAB 750MG	LEVOFLOXACIN TAB 750 MG	Nivel 2				STI*
LINEZOLID SUS 100/5ML	LINEZOLID FOR SUSP 100 MG / 5ML	Nivel 3		X		
LINEZOLID TAB 600MG	LINEZOLID TAB 600 MG	Nivel 3		X		
MAFENIDE ACE PAK 5%	MAFENIDE ACETATE PACKET FOR TOPICAL SOLN 5% (50 GM)	Nivel 3				
METHENAM HIP TAB 1GM	METHENAMINE HIPPURATE TAB 1 GM	Nivel 3				
METRONIDAZOL GEL 0.75%VAG	METRONIDAZOLE VAGINAL GEL 0.75%	Nivel 2				STI*
METRONIDAZOL TAB 250MG	METRONIDAZOLE TAB 250 MG	Nivel 2				STI*
METRONIDAZOL TAB 500MG	METRONIDAZOLE TAB 500 MG	Nivel 2				STI*
MINOCYCLINE CAP 100MG	MINOCYCLINE HCL CAP 100 MG	Nivel 2				
MINOCYCLINE CAP 50MG	MINOCYCLINE HCL CAP 50 MG	Nivel 2				
MINOCYCLINE CAP 75MG	MINOCYCLINE HCL CAP 75 MG	Nivel 2				
MOXIFLOXACIN TAB 400MG	MOXIFLOXACIN HCL TAB 400 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				STI*
MUPIROCIN CRE 2%	MUPIROCIN CALCIUM CREAM 2%	Nivel 3		X		
MUPIROCIN OIN 2%	MUPIROCIN OINT 2%	Nivel 2		X		
NEO-SYNALAR CRE	NEOMYCIN SULFATE-FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5-0.025%	Nivel 5		X		
NEO-SYNALAR KIT	*NEOMYCIN-FLUOCINOLONE CREAM 0.5-0.025% & EMOLLIENT CR KIT*	Nivel 5		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NEOMYCIN TAB 500MG	NEOMYCIN SULFATE TAB 500 MG	Nivel 2				
NITROFUR MAC CAP 100MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTAL-LINE CAP 100 MG	Nivel 3				
NITROFUR MAC CAP 25MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTAL-LINE CAP 25 MG	Nivel 3		X		
NITROFUR MAC CAP 50MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTAL-LINE CAP 50 MG	Nivel 3				
NITROFURANTN CAP 100MG	NITROFURANTOIN MONOHYDRATE MACROCRYSTALLINE CAP 100 MG	Nivel 2				
NITROFURANTN SUS 25MG/5ML	NITROFURANTOIN SUSP 25 MG / 5ML	Nivel 3	X			
NITROFURANTN SUS 50/10ML	NITROFURANTOIN SUSP 25 MG / 5ML	Nivel 3	X			
OFLOXACIN TAB 300MG	OFLOXACIN TAB 300 MG	Nivel 3				
OFLOXACIN TAB 400MG	OFLOXACIN TAB 400 MG	Nivel 3				
PENICILLN VK SOL 125/5ML	PENICILLIN V POTASSIUM FOR SOLN 125 MG / 5ML	Nivel 2				
PENICILLN VK SOL 250/5ML	PENICILLIN V POTASSIUM FOR SOLN 250 MG / 5ML	Nivel 2				
PENICILLN VK TAB 250MG	PENICILLIN V POTASSIUM TAB 250 MG	Nivel 2				
PENICILLN VK TAB 500MG	PENICILLIN V POTASSIUM TAB 500 MG	Nivel 2				
SILVER SULFA CRE 1%	SILVER SULFADIAZINE CREAM 1%	Nivel 2				
SMZ-TMP SUS 200-40/5	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSP 200-40 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
SMZ-TMP TAB 400-80MG	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 400-80 MG	Nivel 2				STI*
SMZ/TMP DS TAB 800-160	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 800-160 MG	Nivel 2				STI*
SSD CRE 1%	SILVER SULFADIAZINE CREAM 1%	Nivel 2				
SULFADIAZINE TAB 500MG	SULFADIAZINE TAB 500 MG	Nivel 3				
SULFAMYLOX CRE 85MG/ GM	MAFENIDE ACETATE CREAM 85 MG / GM	Nivel 5				
SULFATRIM PD SUS 200-40/5	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSP 200-40 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
TETRACYCLINE CAP 250MG	TETRACYCLINE HCL CAP 250 MG	Nivel 2				
TETRACYCLINE CAP 500MG	TETRACYCLINE HCL CAP 500 MG	Nivel 2				
TINIDAZOLE TAB 250MG	TINIDAZOLE TAB 250 MG	Nivel 2				STI*
TINIDAZOLE TAB 500MG	TINIDAZOLE TAB 500 MG	Nivel 2				STI*
TRIMETHOPRIM TAB 100MG	TRIMETHOPRIM TAB 100 MG	Nivel 2				
VANCOMYCIN CAP 125MG	VANCOMYCIN HCL CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
VANCOMYCIN CAP 250MG	VANCOMYCIN HCL CAP 250 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
VANCOMYCIN SOL 250/5ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG / ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
VANCOMYCIN SOL 25MG/ ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 25 MG / ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
VANCOMYCIN SOL 50MG/ ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG / ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
VANDAZOLE GEL 0.75%	METRONIDAZOLE VAGINAL GEL 0.75%	Nivel 3				STI*
XEPI CRE 1%	OZENOXACIN CREAM 1%	Nivel 5		X		
XIFAXAN TAB 200MG	RIFAXIMIN TAB 200 MG	Nivel 5	X	X		
XIFAXAN TAB 550MG	RIFAXIMIN TAB 550 MG	Nivel 5	X	X		
Anticonvulsants						
CARBAMAZEPIN CAP 100MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER 12HR 100 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN CAP 200MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER 12HR 200 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN CAP 300MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER 12HR 300 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN CHW 100MG	CARBAMAZEPINE CHEW TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
CARBAMAZEPIN SUS 100/5ML	CARBAMAZEPINE SUSP 100 MG / 5ML	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN SUS 200/10ML	CARBAMAZEPINE SUSP 100 MG / 5ML	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 100MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 200MG	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 200MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR 200 MG	Nivel 3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 400MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR 400 MG	Nivel 3				BH*
CLOBAZAM SUS 2.5MG/ ML	CLOBAZAM SUSPENSION 2.5 MG / ML	Nivel 3	X	X		BH*
CLOBAZAM TAB 10MG	CLOBAZAM TAB 10 MG	Nivel 3	X	X		BH*
CLOBAZAM TAB 20MG	CLOBAZAM TAB 20 MG	Nivel 3	X	X		BH*
DIAZEPAM GEL 10MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 10 MG	Nivel 3		X		
DIAZEPAM GEL 2.5MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 2.5 MG	Nivel 3		X		
DIAZEPAM GEL 20MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 20 MG	Nivel 3		X		
DILANTIN CAP 30MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 30 MG	Nivel 5				BH*
DIVALPROEX CAP 125MG DR	DIVALPROEX SODIUM CAP DELAYED RELEASE SPRINKLE 125 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 125MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 125 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 250MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 250 MG	Nivel 2				BH*

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DIVALPROEX TAB 250MG ER	DIVALPROEX SODIUM TAB ER 24 HR 250 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 500MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 500 MG	Nivel 2				BH*
DIVALPROEX TAB 500MG ER	DIVALPROEX SODIUM TAB ER 24 HR 500 MG	Nivel 2				BH*
EPIDIOLEX SOL 100MG/ ML	CANNABIDIOL SOLN 100 MG / ML	Nivel 4	X			
EPITOL TAB 200MG	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
ETHOSUXIMIDE CAP 250MG	ETHOSUXIMIDE CAP 250 MG	Nivel 3				
ETHOSUXIMIDE SOL 250/5ML	ETHOSUXIMIDE SOLN 250 MG / 5ML	Nivel 3				
FELBAMATE SUS 600/5ML	FELBAMATE SUSP 600 MG / 5ML	Nivel 3				
FELBAMATE TAB 400MG	FELBAMATE TAB 400 MG	Nivel 3				
FELBAMATE TAB 600MG	FELBAMATE TAB 600 MG	Nivel 3				
FYCOMPA SUS 0.5MG/ML	PERAMPANEL SUSP 0.5 MG / ML	Nivel 5	X	X		
GABAPENTIN CAP 100MG	GABAPENTIN CAP 100 MG	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN CAP 300MG	GABAPENTIN CAP 300 MG	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN CAP 400MG	GABAPENTIN CAP 400 MG	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN SOL 250/5ML	GABAPENTIN ORAL SOLN 250 MG / 5ML	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN TAB 600MG	GABAPENTIN TAB 600 MG	Nivel 2				BH*
GABAPENTIN TAB 800MG	GABAPENTIN TAB 800 MG	Nivel 2				BH*
LACOSAMIDE SOL 100/10ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG / ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 10MG/ ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG / ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 150/15ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG / ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 200/20ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG / ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 50/5ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG / ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 50MG/5ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG / ML	Nivel 3	X	X		
LACOSAMIDE TAB 100MG	LACOSAMIDE TAB 100 MG	Nivel 2		X		
LACOSAMIDE TAB 150MG	LACOSAMIDE TAB 150 MG	Nivel 2		X		
LACOSAMIDE TAB 200MG	LACOSAMIDE TAB 200 MG	Nivel 2		X		
LACOSAMIDE TAB 50MG	LACOSAMIDE TAB 50 MG	Nivel 2		X		
LAMOTRIGINE CHW 25MG	LAMOTRIGINE TAB CHEWABLE DISPERSIBLE 25 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE CHW 5MG	LAMOTRIGINE TAB CHEWABLE DISPERSIBLE 5 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 100MG	LAMOTRIGINE TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 150MG	LAMOTRIGINE TAB 150 MG	Nivel 2				BH*

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LAMOTRIGINE TAB 200MG	LAMOTRIGINE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 25MG	LAMOTRIGINE TAB 25 MG	Nivel 2				BH*
LEVETIRACETA SOL 100MG/ML	LEVETIRACETAM ORAL SOLN 100 MG / ML	Nivel 2				BH*
LEVETIRACETA SOL 500/5ML	LEVETIRACETAM ORAL SOLN 100 MG / ML	Nivel 2				BH*
LEVETIRACETA TAB 1000MG	LEVETIRACETAM TAB 1000 MG	Nivel 2				BH*
LEVETIRACETA TAB 250MG	LEVETIRACETAM TAB 250 MG	Nivel 2				BH*
LEVETIRACETA TAB 500MG	LEVETIRACETAM TAB 500 MG	Nivel 2				BH*
LEVETIRACETA TAB 500MG ER	LEVETIRACETAM TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 2				BH*
LEVETIRACETA TAB 750MG	LEVETIRACETAM TAB 750 MG	Nivel 2				BH*
LEVETIRACETA TAB 750MG ER	LEVETIRACETAM TAB ER 24HR 750 MG	Nivel 2				BH*
METHSUXIMIDE CAP 300MG	METHSUXIMIDE CAP 300 MG	Nivel 3				
NAYZILAM SPR 5MG	MIDAZOLAM NASAL SPRAY SOLN 5 MG / 0.1 ML	Nivel 5	X	X		BH*
OXCARBAZEPIN SUS 300/5ML	OXCARBAZEPINE SUSP 300 MG / 5ML (60 MG / ML)	Nivel 3				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 150MG	OXCARBAZEPINE TAB 150 MG	Nivel 2				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 300MG	OXCARBAZEPINE TAB 300 MG	Nivel 2				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 600MG	OXCARBAZEPINE TAB 600 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB ELX 20MG/5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR 20 MG / 5ML	Nivel 2				BH*
PHENOBARB SOL 20MG/5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR 20 MG / 5ML	Nivel 2				BH*
PHENOBARB TAB 100MG	PHENOBARBITAL TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB TAB 15MG	PHENOBARBITAL TAB 15 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB TAB 16.2MG	PHENOBARBITAL TAB 16.2 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB TAB 30MG	PHENOBARBITAL TAB 30 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB TAB 32.4MG	PHENOBARBITAL TAB 32.4 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB TAB 60MG	PHENOBARBITAL TAB 60 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB TAB 64.8MG	PHENOBARBITAL TAB 64.8 MG	Nivel 2				BH*
PHENOBARB TAB 97.2MG	PHENOBARBITAL TAB 97.2 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTEK CAP 200MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 200 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTEK CAP 300MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 300 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN CHW 50MG	PHENYTOIN CHEW TAB 50 MG	Nivel 2				BH*

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PHENYTOIN EX CAP 100MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 100 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN EX CAP 200MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 200 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN EX CAP 300MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 300 MG	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN SUS 100/4ML	PHENYTOIN SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN SUS 125/5ML	PHENYTOIN SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 2				BH*
PRIMIDONE TAB 125MG	PRIMIDONE TAB 125 MG	Nivel 2				
PRIMIDONE TAB 250MG	PRIMIDONE TAB 250 MG	Nivel 2				
PRIMIDONE TAB 50MG	PRIMIDONE TAB 50 MG	Nivel 2				
ROWEEPRAB TAB 500MG	LEVETIRACETAM TAB 500 MG	Nivel 2				BH*
RUFINAMIDE SUS 40MG/ ML	RUFINAMIDE SUSP 40 MG / ML	Nivel 3	X			
RUFINAMIDE TAB 200MG	RUFINAMIDE TAB 200 MG	Nivel 3	X			
RUFINAMIDE TAB 400MG	RUFINAMIDE TAB 400 MG	Nivel 3	X			
SUBVENITE TAB 100MG	LAMOTRIGINE TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
SUBVENITE TAB 150MG	LAMOTRIGINE TAB 150 MG	Nivel 2				BH*
SUBVENITE TAB 200MG	LAMOTRIGINE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
SUBVENITE TAB 25MG	LAMOTRIGINE TAB 25 MG	Nivel 2				BH*
TIAGABINE TAB 12MG	TIAGABINE HCL TAB 12 MG	Nivel 3				
TIAGABINE TAB 16MG	TIAGABINE HCL TAB 16 MG	Nivel 3				
TIAGABINE TAB 2MG	TIAGABINE HCL TAB 2 MG	Nivel 3				
TIAGABINE TAB 4MG	TIAGABINE HCL TAB 4 MG	Nivel 3				
TOPIRAMATE CAP 15MG	TOPIRAMATE SPRINKLE CAP 15 MG	Nivel 3				BH*
TOPIRAMATE CAP 25MG	TOPIRAMATE SPRINKLE CAP 25 MG	Nivel 3				BH*
TOPIRAMATE CAP 50MG	TOPIRAMATE SPRINKLE CAP 50 MG	Nivel 3				BH*
TOPIRAMATE TAB 100MG	TOPIRAMATE TAB 100 MG	Nivel 2				BH*
TOPIRAMATE TAB 200MG	TOPIRAMATE TAB 200 MG	Nivel 2				BH*
TOPIRAMATE TAB 25MG	TOPIRAMATE TAB 25 MG	Nivel 2				BH*
TOPIRAMATE TAB 50MG	TOPIRAMATE TAB 50 MG	Nivel 2				BH*
VALPROIC ACD CAP 250MG	VALPROIC ACID CAP 250 MG	Nivel 2				BH*
VALPROIC ACD SOL 250/5ML	VALPROATE SODIUM ORAL SOLN 250 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				BH*
VALPROIC ACD SOL 500/10ML	VALPROATE SODIUM ORAL SOLN 250 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				BH*
VIGABATRIN PAK 500MG	VIGABATRIN POWD PACK 500 MG	Nivel 6	X	X		
VIGABATRIN TAB 500MG	VIGABATRIN TAB 500 MG	Nivel 6	X	X		
VIGPODER POW 500MG	VIGABATRIN POWD PACK 500 MG	Nivel 6	X	X		
ZONISAMIDE CAP 100MG	ZONISAMIDE CAP 100 MG	Nivel 2				
ZONISAMIDE CAP 25MG	ZONISAMIDE CAP 25 MG	Nivel 2				
ZONISAMIDE CAP 50MG	ZONISAMIDE CAP 50 MG	Nivel 2				
Antidementia Agents						
DONEPEZIL TAB 10MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE TAB 10 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DONEPEZIL TAB 10MG ODT	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG	Nivel 2		X		
DONEPEZIL TAB 5MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
DONEPEZIL TAB 5MG ODT	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	Nivel 2		X		
DONEPEZIL TAB ODT 10MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG	Nivel 2		X		
DONEPEZIL TAB ODT 5MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	Nivel 2		X		
GALANTAMINE CAP 16MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER 24HR 16 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE CAP 24MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER 24HR 24 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE CAP 8MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER 24HR 8 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE SOL 4MG/ ML	GALANTAMINE HYDROBROMIDE ORAL SOLN 4 MG / ML	Nivel 3		X		
GALANTAMINE TAB 12MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 12 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE TAB 4MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 4 MG	Nivel 3		X		
GALANTAMINE TAB 8MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 8 MG	Nivel 3		X		
MEMANT TITRA PAK 5-10MG	MEMANTINE HCL TAB 28 X 5 MG & 21 X 10 MG TITRATION PACK	Nivel 2		X		
MEMANTINE HC SOL 2MG/ML	MEMANTINE HCL ORAL SOLUTION 2 MG / ML	Nivel 3		X		
MEMANTINE SOL 2MG/ ML	MEMANTINE HCL ORAL SOLUTION 2 MG / ML	Nivel 3		X		
MEMANTINE TAB 10MG	MEMANTINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
MEMANTINE TAB 5MG	MEMANTINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
MEMANTINE TAB HCL 10MG	MEMANTINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
MEMANTINE TAB HCL 5MG	MEMANTINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE CAP 1.5MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 1.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE CAP 3MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 3 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE CAP 4.5MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 4.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE CAP 6MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIVASTIGMINE DIS 13.3/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR 13.3 MG / 24HR	Nivel 3		X		
RIVASTIGMINE DIS 4.6MG/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR 4.6 MG / 24HR	Nivel 3		X		
RIVASTIGMINE DIS 9.5MG/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR 9.5 MG / 24HR	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
Antidepressants						
AMITRIPTYLIN TAB 100MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				
AMITRIPTYLIN TAB 10MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
AMITRIPTYLIN TAB 150MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 150 MG	Nivel 1				
AMITRIPTYLIN TAB 25MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				
AMITRIPTYLIN TAB 50MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
AMITRIPTYLIN TAB 75MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 75 MG	Nivel 1				
AMOXAPINE TAB 100MG	AMOXAPINE TAB 100 MG	Nivel 1				
AMOXAPINE TAB 150MG	AMOXAPINE TAB 150 MG	Nivel 1				
AMOXAPINE TAB 25MG	AMOXAPINE TAB 25 MG	Nivel 1				
AMOXAPINE TAB 50MG	AMOXAPINE TAB 50 MG	Nivel 1				
BUPROPION TAB 100MG	BUPROPION HCL TAB 100 MG	Nivel 1				
BUPROPION TAB 100MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 1				
BUPROPION TAB 150MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR 150 MG	Nivel 1				
BUPROPION TAB 150MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR 150 MG	Nivel 1				
BUPROPION TAB 150MG XL	BUPROPION HCL TAB ER 24HR 150 MG	Nivel 1		X		
BUPROPION TAB 200MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR 200 MG	Nivel 1				
BUPROPION TAB 300MG XL	BUPROPION HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 1		X		
BUPROPION TAB 75MG	BUPROPION HCL TAB 75 MG	Nivel 1				
CDP/AMITRIP TAB 10-25MG	CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTY-LINE TAB 10-25 MG	Nivel 1				
CDP/AMITRIP TAB 5-12.5MG	CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTY-LINE TAB 5-12.5 MG	Nivel 1				
CITALOPRAM SOL 10MG/5ML	CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL SOLN 10 MG / 5ML	Nivel 1				
CITALOPRAM TAB 10MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
CITALOPRAM TAB 20MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 20 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
CITALOPRAM TAB 40MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 40 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
CLOMIPRAMINE CAP 25MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 25 MG	Nivel 1				
CLOMIPRAMINE CAP 50MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 50 MG	Nivel 1				
CLOMIPRAMINE CAP 75MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 75 MG	Nivel 1				
DESIPRAMINE TAB 100MG	DESIPRAMINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				
DESIPRAMINE TAB 10MG	DESIPRAMINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
DESIPRAMINE TAB 150MG	DESIPRAMINE HCL TAB 150 MG	Nivel 1				
DESIPRAMINE TAB 25MG	DESIPRAMINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DESIPRAMINE TAB 50MG	DESIPRAMINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
DESIPRAMINE TAB 75MG	DESIPRAMINE HCL TAB 75 MG	Nivel 1				
DESVENLAFAX TAB 100MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 100 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
DESVENLAFAX TAB 25MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
DESVENLAFAX TAB 50MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 50 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
DOXEPIN HCL CAP 100MG	DOXEPIN HCL CAP 100 MG	Nivel 1				
DOXEPIN HCL CAP 10MG	DOXEPIN HCL CAP 10 MG	Nivel 1				
DOXEPIN HCL CAP 150MG	DOXEPIN HCL CAP 150 MG	Nivel 1				
DOXEPIN HCL CAP 25MG	DOXEPIN HCL CAP 25 MG	Nivel 1				
DOXEPIN HCL CAP 50MG	DOXEPIN HCL CAP 50 MG	Nivel 1				
DOXEPIN HCL CAP 75MG	DOXEPIN HCL CAP 75 MG	Nivel 1				
DOXEPIN HCL CON 10MG/ML	DOXEPIN HCL CONC 10 MG / ML	Nivel 1				
EMSAM DIS 12MG/24H	SELEGILINE TD PATCH 24HR 12 MG / 24HR	Nivel 1	X	X		
EMSAM DIS 6MG/24HR	SELEGILINE TD PATCH 24HR 6 MG / 24HR	Nivel 1	X	X		
EMSAM DIS 9MG/24HR	SELEGILINE TD PATCH 24HR 9 MG / 24HR	Nivel 1	X	X		
ESCITALOPRAM SOL 5MG/5ML	ESCITALOPRAM OXALATE SOLN 5 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 1				
ESCITALOPRAM TAB 10MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
ESCITALOPRAM TAB 20MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 20 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
ESCITALOPRAM TAB 5MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				
FLUOXETINE CAP 10MG	FLUOXETINE HCL CAP 10 MG	Nivel 1				
FLUOXETINE CAP 20MG	FLUOXETINE HCL CAP 20 MG	Nivel 1				
FLUOXETINE CAP 40MG	FLUOXETINE HCL CAP 40 MG	Nivel 1				
FLUOXETINE CAP 90MG DR	FLUOXETINE HCL CAP DELAYED RELEASE 90 MG	Nivel 1		X		
FLUOXETINE SOL 20MG/5ML	FLUOXETINE HCL SOLUTION 20 MG / 5ML	Nivel 1				
FLUOXETINE TAB 10MG	FLUOXETINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1		X		
FLUOXETINE TAB 20MG	FLUOXETINE HCL TAB 20 MG	Nivel 1		X		
FLUVOXAMINE CAP 100MG ER	FLUVOXAMINE MALEATE CAP ER 24HR 100 MG	Nivel 1		X		
FLUVOXAMINE CAP 150MG ER	FLUVOXAMINE MALEATE CAP ER 24HR 150 MG	Nivel 1		X		
FLUVOXAMINE TAB 100MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 100 MG	Nivel 1				
FLUVOXAMINE TAB 25MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 25 MG	Nivel 1				
FLUVOXAMINE TAB 50MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 50 MG	Nivel 1				
IMIPRAM HCL TAB 10MG	IMIPRAMINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
IMIPRAM HCL TAB 25MG	IMIPRAMINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				
IMIPRAM HCL TAB 50MG	IMIPRAMINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
IMIPRAM PAM CAP 100MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 100 MG	Nivel 1				
IMIPRAM PAM CAP 125MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 125 MG	Nivel 1				
IMIPRAM PAM CAP 150MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 150 MG	Nivel 1				
IMIPRAM PAM CAP 75MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 75 MG	Nivel 1				
MARPLAN TAB 10MG	ISOCARBOXAZID TAB 10 MG	Nivel 1				
MIRTAZAPINE TAB 15MG	MIRTAZAPINE TAB 15 MG	Nivel 1				
MIRTAZAPINE TAB 15MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 15 MG	Nivel 1				
MIRTAZAPINE TAB 30MG	MIRTAZAPINE TAB 30 MG	Nivel 1				
MIRTAZAPINE TAB 30MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 30 MG	Nivel 1				
MIRTAZAPINE TAB 45MG	MIRTAZAPINE TAB 45 MG	Nivel 1				
MIRTAZAPINE TAB 45MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 45 MG	Nivel 1				
MIRTAZAPINE TAB 7.5MG	MIRTAZAPINE TAB 7.5 MG	Nivel 1				
NEFAZODONE TAB 100MG	NEFAZODONE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				
NEFAZODONE TAB 150MG	NEFAZODONE HCL TAB 150 MG	Nivel 1				
NEFAZODONE TAB 200MG	NEFAZODONE HCL TAB 200 MG	Nivel 1				
NEFAZODONE TAB 250MG	NEFAZODONE HCL TAB 250 MG	Nivel 1				
NEFAZODONE TAB 50MG	NEFAZODONE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
NORTRIPTYLIN CAP 10MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 10 MG	Nivel 1				
NORTRIPTYLIN CAP 25MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 25 MG	Nivel 1				
NORTRIPTYLIN CAP 50MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 50 MG	Nivel 1				
NORTRIPTYLIN CAP 75MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 75 MG	Nivel 1				
NORTRIPTYLIN SOL 10MG/5ML	NORTRIPTYLINE HCL SOLN 10 MG / 5ML	Nivel 1				
OLANZA/FLUOX CAP 12-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 12-25 MG	Nivel 1		X		
OLANZA/FLUOX CAP 12-50MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 12-50 MG	Nivel 1		X		
OLANZA/FLUOX CAP 3-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 3-25 MG	Nivel 1		X		
OLANZA/FLUOX CAP 6-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 6-25 MG	Nivel 1		X		
OLANZA/FLUOX CAP 6-50MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 6-50 MG	Nivel 1		X		
PAROXETIN ER TAB 12.5MG	PAROXETINE HCL TAB ER 24HR 12.5 MG	Nivel 1		X		
PAROXETIN ER TAB 37.5MG	PAROXETINE HCL TAB ER 24HR 37.5 MG	Nivel 1		X		
PAROXETINE SUS 10MG/5ML	PAROXETINE HCL ORAL SUSP 10 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PAROXETINE TAB 10MG	PAROXETINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
PAROXETINE TAB 20MG	PAROXETINE HCL TAB 20 MG	Nivel 1				
PAROXETINE TAB 25MG ER	PAROXETINE HCL TAB ER 24HR 25 MG	Nivel 1		X		
PAROXETINE TAB 30MG	PAROXETINE HCL TAB 30 MG	Nivel 1				
PAROXETINE TAB 40MG	PAROXETINE HCL TAB 40 MG	Nivel 1				
PERPHEN/AMIT TAB 2-10MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 2-10 MG	Nivel 1				
PERPHEN/AMIT TAB 2-25MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 2-25 MG	Nivel 1				
PERPHEN/AMIT TAB 4-10MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-10 MG	Nivel 1				
PERPHEN/AMIT TAB 4-25MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-25 MG	Nivel 1				
PERPHEN/AMIT TAB 4-50MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-50 MG	Nivel 1				
PHENELZINE TAB 15MG	PHENELZINE SULFATE TAB 15 MG	Nivel 1				
PROTRIPTYLIN TAB 10MG	PROTRIPTYLINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
PROTRIPTYLIN TAB 5MG	PROTRIPTYLINE HCL TAB 5 MG	Nivel 1				
SERTRALINE CON 20MG/ ML	SERTRALINE HCL ORAL CONCEN- TRATE FOR SOLUTION 20 MG / ML	Nivel 1				
SERTRALINE TAB 100MG	SERTRALINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				
SERTRALINE TAB 25MG	SERTRALINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				
SERTRALINE TAB 50MG	SERTRALINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
TRANLYCYPROM TAB 10MG	TRANLYCYPROMINE SULFATE TAB 10 MG	Nivel 1				
TRAZODONE TAB 100MG	TRAZODONE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				
TRAZODONE TAB 150MG	TRAZODONE HCL TAB 150 MG	Nivel 1				
TRAZODONE TAB 300MG	TRAZODONE HCL TAB 300 MG	Nivel 1				
TRAZODONE TAB 50MG	TRAZODONE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
TRIMIPRAMINE CAP 100MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 100 MG	Nivel 1				
TRIMIPRAMINE CAP 25MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 25 MG	Nivel 1				
TRIMIPRAMINE CAP 50MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 50 MG	Nivel 1				
VENLAFAXINE CAP 150MG ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER 24HR 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
VENLAFAXINE CAP 375 ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER 24HR 375 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
VENLAFAXINE CAP 75MG ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER 24HR 75 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
VENLAFAXINE TAB 100MG	VENLAFAXINE HCL TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
VENLAFAXINE TAB 25MG	VENLAFAXINE HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
VENLAFAXINE TAB 375MG	VENLAFAXINE HCL TAB 375 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
VENLAFAXINE TAB 50MG	VENLAFAXINE HCL TAB 50 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
VENLAFAXINE TAB 75MG	VENLAFAXINE HCL TAB 75 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
VILAZODONE TAB 10MG	VILAZODONE HCL TAB 10 MG	Nivel 1		X		
VILAZODONE TAB 20MG	VILAZODONE HCL TAB 20 MG	Nivel 1		X		
VILAZODONE TAB 40MG	VILAZODONE HCL TAB 40 MG	Nivel 1		X		
Antiemetics						
APREPITANT CAP 125MG	APREPITANT CAPSULE 125 MG	Nivel 3		X		
APREPITANT CAP 40MG	APREPITANT CAPSULE 40 MG	Nivel 3		X		
APREPITANT CAP 80MG	APREPITANT CAPSULE 80 MG	Nivel 3		X		
APREPITANT PAK 125 & 80	APREPITANT CAPSULE THERAPY PACK 80 & 125 MG	Nivel 3		X		
DRONABINOL CAP 10MG	DRONABINOL CAP 10 MG	Nivel 3				
DRONABINOL CAP 2.5MG	DRONABINOL CAP 2.5 MG	Nivel 3				
DRONABINOL CAP 5MG	DRONABINOL CAP 5 MG	Nivel 3				
GRANISETRON TAB 1MG	GRANISETRON HCL TAB 1 MG	Nivel 3		X		
MECLIZINE TAB 25MG	MECLIZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 2				
MECLIZINE TAB 50MG	MECLIZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 3				
METOCLOPRAM SOL 10/10ML	METOCLOPRAMIDE HCL SOLN 5 MG / 5ML (10 MG / 10ML) (BASE EQUIV)	Nivel 2				
METOCLOPRAM SOL 5MG/5ML	METOCLOPRAMIDE HCL SOLN 5 MG / 5ML (10 MG / 10ML) (BASE EQUIV)	Nivel 2				
METOCLOPRAM TAB 10MG	METOCLOPRAMIDE HCL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
METOCLOPRAM TAB 5MG	METOCLOPRAMIDE HCL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
ONDANSETRON SOL 4MG/5ML	ONDANSETRON HCL ORAL SOLN 4 MG / 5ML	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 24MG	ONDANSETRON HCL TAB 24 MG	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 4MG	ONDANSETRON HCL TAB 4 MG	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 4MG ODT	ONDANSETRON ORALLY DISINTEGRATING TAB 4 MG	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 8MG	ONDANSETRON HCL TAB 8 MG	Nivel 2				
ONDANSETRON TAB 8MG ODT	ONDANSETRON ORALLY DISINTEGRATING TAB 8 MG	Nivel 2				
PERPHENAZINE TAB 16MG	PERPHENAZINE TAB 16 MG	Nivel 1				
PERPHENAZINE TAB 2MG	PERPHENAZINE TAB 2 MG	Nivel 1				
PERPHENAZINE TAB 4MG	PERPHENAZINE TAB 4 MG	Nivel 1				
PERPHENAZINE TAB 8MG	PERPHENAZINE TAB 8 MG	Nivel 1				
PROCHLORPER TAB 10MG	PROCHLORPERAZINE MALEATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
PROCHLORPER TAB 5MG	PROCHLORPERAZINE MALEATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SCOPOLAMINE DIS 1MG/3DAY	SCOPOLAMINE TD PATCH 72HR 1 MG / 3DAYS	Nivel 3				
TRIMETHOBENZ CAP 300MG	TRIMETHOBENZAMIDE HCL CAP 300 MG	Nivel 2				
VARUBI TAB 90MG	ROLAPITANT HCL TAB THERAPY PACK 2 X 90 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5		X		
Antifungals						
CICLODAN SOL 8%	CICLOPIROX SOLUTION 8%	Nivel 2				
CICLOPIROX CRE 0.77%	CICLOPIROX OLAMINE CREAM 0.77% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
CICLOPIROX GEL 0.77%	CICLOPIROX GEL 0.77%	Nivel 2				
CICLOPIROX SHA 1%	CICLOPIROX SHAMPOO 1%	Nivel 2				
CICLOPIROX SOL 8%	CICLOPIROX SOLUTION 8%	Nivel 2				
CICLOPIROX SUS 0.77%	CICLOPIROX OLAMINE SUSP 0.77% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
CLOTRIM/BETA CRE DI-PROP	CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHA- SONE CREAM 1-0.05%	Nivel 2		X		
CLOTRIM/BETA LOT DI-PROP	CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHA- SONE LOTION 1-0.05%	Nivel 3				
CLOTRIMAZOLE TRO 10MG	CLOTRIMAZOLE TROCHE 10 MG	Nivel 2				
ECONAZOLE CRE 1%	ECONAZOLE NITRATE CREAM 1%	Nivel 3		X		
EXELDERM CRE 1%	SULCONAZOLE NITRATE CREAM 1%	Nivel 5				
EXELDERM SOL 1%	SULCONAZOLE NITRATE SOLUTION 1%	Nivel 5				
FLUCONAZOLE SUS 10MG/ML	FLUCONAZOLE FOR SUSP 10 MG / ML	Nivel 2				STI*
FLUCONAZOLE SUS 40MG/ML	FLUCONAZOLE FOR SUSP 40 MG / ML	Nivel 2				STI*
FLUCONAZOLE TAB 100MG	FLUCONAZOLE TAB 100 MG	Nivel 2				STI*
FLUCONAZOLE TAB 150MG	FLUCONAZOLE TAB 150 MG	Nivel 2				STI*
FLUCONAZOLE TAB 200MG	FLUCONAZOLE TAB 200 MG	Nivel 2				STI*
FLUCONAZOLE TAB 50MG	FLUCONAZOLE TAB 50 MG	Nivel 2				STI*
FLUCYTOSINE CAP 250MG	FLUCYTOSINE CAP 250 MG	Nivel 3				
FLUCYTOSINE CAP 500MG	FLUCYTOSINE CAP 500 MG	Nivel 3				
GRISEOFULVIN SUS 125/5ML	GRISEOFULVIN MICROSIZE SUSP 125 MG / 5ML	Nivel 3				
GRISEOFULVIN TAB MICR 500	GRISEOFULVIN MICROSIZE TAB 500 MG	Nivel 3				
GRISEOFULVIN TAB ULTR 125	GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZE TAB 125 MG	Nivel 3				
GRISEOFULVIN TAB ULTR 250	GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZE TAB 250 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
GYNAZOLE-1 CRE 2%	BUTOCONAZOLE NITRATE (ONE DOSE) VAGINAL CREAM 2%	Nivel 5				STI*
ITRACONAZOLE CAP 100MG	ITRACONAZOLE CAP 100 MG	Nivel 3		X		
ITRACONAZOLE SOL 100/10ML	ITRACONAZOLE ORAL SOLN 10 MG / ML	Nivel 3		X		
ITRACONAZOLE SOL 10MG/ML	ITRACONAZOLE ORAL SOLN 10 MG / ML	Nivel 3		X		
KETOCONAZOLE CRE 2%	KETOCONAZOLE CREAM 2%	Nivel 2		X		
KETOCONAZOLE SHA 2%	KETOCONAZOLE SHAMPOO 2%	Nivel 2				
KETOCONAZOLE TAB 200MG	KETOCONAZOLE TAB 200 MG	Nivel 2				
KLAYESTA POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT / GM	Nivel 2		X		
LULICONAZOLE CRE 1%	LULICONAZOLE CREAM 1%	Nivel 5		X		
MENTAX CRE 1%	BUTENAFINE HCL CREAM 1%	Nivel 5				
MICONAZOLE 3 SUP 200MG	MICONAZOLE NITRATE VAGI-NAL SUPPOS 200 MG	Nivel 2				
NAFTIFINE CRE HCL 1%	NAFTIFINE HCL CREAM 1%	Nivel 3				
NAFTIFINE CRE HCL 2%	NAFTIFINE HCL CREAM 2%	Nivel 3				
NYAMYC POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT / GM	Nivel 2		X		
NYSTAT/TRIAM CRE	NYSTATIN-TRIAMCINOLONE CREAM 100000-0.1 UNIT / GM-%	Nivel 2				
NYSTAT/TRIAM OIN	NYSTATIN-TRIAMCINOLONE OINT 100000-0.1 UNIT / GM-%	Nivel 2				
NYSTATIN CRE 100000	NYSTATIN CREAM 100000 UNIT / GM	Nivel 2				
NYSTATIN OIN 100000	NYSTATIN OINT 100000 UNIT / GM	Nivel 2				
NYSTATIN OIN 100000U	NYSTATIN OINT 100000 UNIT / GM	Nivel 2				
NYSTATIN POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT / GM	Nivel 2		X		
NYSTATIN SUS 100000	NYSTATIN SUSP 100000 UNIT / ML	Nivel 2				
NYSTATIN TAB 500000	NYSTATIN TAB 500000 UNIT	Nivel 2				
NYSTOP POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT / GM	Nivel 2		X		
POSACONAZOLE TAB 100MG DR	POSACONAZOLE TAB DELAYED RELEASE 100 MG	Nivel 3		X		
SULCONAZOLE CRE 1%	SULCONAZOLE NITRATE CREAM 1%	Nivel 5				
SULCONAZOLE SOL 1%	SULCONAZOLE NITRATE SOLUTION 1%	Nivel 5				
TERBINAFINE TAB 250MG	TERBINAFINE HCL TAB 250 MG	Nivel 2		X		
TERCONAZOLE CRE 0.4%	TERCONAZOLE VAGINAL CREAM 0.4%	Nivel 2				STI*
TERCONAZOLE CRE 0.8%	TERCONAZOLE VAGINAL CREAM 0.8%	Nivel 2				STI*
TERCONAZOLE SUP 80MG	TERCONAZOLE VAGINAL SUPPOS 80 MG	Nivel 3				STI*
VORICONAZOLE SUS 40MG/ML	VORICONAZOLE FOR SUSP 40 MG / ML	Nivel 3				
VORICONAZOLE TAB 200MG	VORICONAZOLE TAB 200 MG	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
VORICONAZOLE TAB 50MG	VORICONAZOLE TAB 50 MG	Nivel 3		X		
Antigout Agents						
ALLOPURINOL TAB 100MG	ALLOPURINOL TAB 100 MG	Nivel 2				
ALLOPURINOL TAB 300MG	ALLOPURINOL TAB 300 MG	Nivel 2				
COLCHICINE TAB 0.6MG	COLCHICINE TAB 0.6 MG	Nivel 2		X		
FEBUXOSTAT TAB 40MG	FEBUXOSTAT TAB 40 MG	Nivel 2		X	X	
FEBUXOSTAT TAB 80MG	FEBUXOSTAT TAB 80 MG	Nivel 2		X	X	
PROBEN/COLCH TAB 500-0.5	COLCHICINE W/ PROBENECID TAB 0.5-500 MG	Nivel 2				
PROBENECID TAB 500MG	PROBENECID TAB 500 MG	Nivel 2				
Antimigraine Agents						
AIMOVIG INJ 140MG/ML	ERENUMAB-AOOE SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 140 MG / ML	Nivel 3	X	X		
AIMOVIG INJ 70MG/ML	ERENUMAB-AOOE SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 70 MG / ML	Nivel 3	X	X		
ALMOTRIP MAL TAB 12.5MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 12.5 MG	Nivel 3		X	X	
ALMOTRIP MAL TAB 6.25MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 6.25 MG	Nivel 3		X	X	
ALMOTRIPTAN TAB 12.5MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 12.5 MG	Nivel 3		X	X	
ALMOTRIPTAN TAB 6.25MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 6.25 MG	Nivel 3		X	X	
DIHYDROERGOT INJ 1MG/ML	DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE INJ 1 MG / ML	Nivel 3		X		
ELETRIPTAN TAB 20MG	ELETRIPTAN HYDROBROMIDE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X	X	
ELETRIPTAN TAB 40MG	ELETRIPTAN HYDROBROMIDE TAB 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X	X	
EMGALITY INJ 100MG/ML	GALCANEZUMAB-GNLM SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYR 100 MG / ML	Nivel 3	X	X		
EMGALITY INJ 120MG/ML	GALCANEZUMAB-GNLM SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 120 MG / ML	Nivel 3	X	X		
EMGALITY INJ 120MG/ML	GALCANEZUMAB-GNLM SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYR 120 MG / ML	Nivel 3	X	X		
ERGOMAR SUB 2MG	ERGOTAMINE TARTRATE SL TAB 2 MG	Nivel 5		X		
ERGOT/CAFFEN TAB 1-100MG	ERGOTAMINE W / CAFFEINE TAB 1-100 MG	Nivel 3				
FROVATRIPTAN TAB 2.5MG	FROVATRIPTAN SUCCINATE TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X	X	
MIGERGOT SUP 2/100	ERGOTAMINE W / CAFFEINE SUPPOS 2-100 MG	Nivel 5				
NARATRIPTAN TAB 1MG	NARATRIPTAN HCL TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NARATRIPTAN TAB 2.5MG	NARATRIPTAN HCL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
RIZATRIPTAN TAB 10MG	RIZATRIPTAN BENZOATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIZATRIPTAN TAB 10MG ODT	RIZATRIPTAN BENZOATE ORAL DISINTEGRATING TAB 10 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
RIZATRIPTAN TAB 5MG	RIZATRIPTAN BENZOATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
RIZATRIPTAN TAB 5MG ODT	RIZATRIPTAN BENZOATE ORAL DISINTEGRATING TAB 5 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
SUMAT-NAPROX TAB 85- 500MG	SUMATRIPTAN-NAPROXEN SODIUM TAB 85-500 MG	Nivel 3		X	X	
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLU- TION CARTRIDGE 4 MG / 0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLU- TION AUTO-INJECTOR 4 MG / 0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6/0.5ML	SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG / 0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/.5ML	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLU- TION AUTO-INJECTOR 6 MG / 0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG / 0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLU- TION CARTRIDGE 6 MG / 0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLU- TION AUTO-INJECTOR 6 MG / 0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN SPR 20MG/ ACT	SUMATRIPTAN NASAL SPRAY 20 MG / ACT	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN SPR 5MG/ ACT	SUMATRIPTAN NASAL SPRAY 5 MG / ACT	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN TAB 100MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 100 MG	Nivel 2		X		
SUMATRIPTAN TAB 25MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 25 MG	Nivel 2		X		
SUMATRIPTAN TAB 50MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 50 MG	Nivel 2		X		
UBRELVY TAB 100MG	UBROGEPANT TAB 100 MG	Nivel 3	X	X		
UBRELVY TAB 50MG	UBROGEPANT TAB 50 MG	Nivel 3	X	X		
ZOLMITRIPTAN SPR 2.5MG	ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY 2.5 MG / SPRAY UNIT	Nivel 5		X	X	
ZOLMITRIPTAN SPR 5MG	ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY 5 MG / SPRAY UNIT	Nivel 3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG	ZOLMITRIPTAN ORALLY DISINTE- GRATING TAB 2.5 MG	Nivel 3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5MG	ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG	ZOLMITRIPTAN TAB 5 MG	Nivel 3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG ODT	ZOLMITRIPTAN ORALLY DISINTE- GRATING TAB 5 MG	Nivel 3		X	X	
Antimyasthenic Agents						
PYRIDOSTIGM TAB 60MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE TAB 60 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**..... Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PYRIDOSTIGMI SOL 60MG/5ML	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE ORAL SOLN 60 MG / 5ML	Nivel 3				
PYRIDOSTIGMI TAB ER 180MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE TAB ER 180 MG	Nivel 3				
Antimycobacterials						
CYCLOSERINE CAP 250MG	CYCLOSERINE CAP 250 MG	Nivel 3				
DAPSONE TAB 100MG	DAPSONE TAB 100 MG	Nivel 2				
DAPSONE TAB 25MG	DAPSONE TAB 25 MG	Nivel 2				
ETHAMBUTOL TAB 100MG	ETHAMBUTOL HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
ETHAMBUTOL TAB 400MG	ETHAMBUTOL HCL TAB 400 MG	Nivel 2				
ISONIAZID SYP 50MG/5ML	ISONIAZID SYRUP 50 MG / 5ML	Nivel 3				
ISONIAZID TAB 100MG	ISONIAZID TAB 100 MG	Nivel 2				
ISONIAZID TAB 300MG	ISONIAZID TAB 300 MG	Nivel 2				
PRIFTIN TAB 150MG	RIFAPENTINE TAB 150 MG	Nivel 3				
PYRAZINAMIDE TAB 500MG	PYRAZINAMIDE TAB 500 MG	Nivel 3				
RIFABUTIN CAP 150MG	RIFABUTIN CAP 150 MG	Nivel 3				
RIFAMPIN CAP 150MG	RIFAMPIN CAP 150 MG	Nivel 2				
RIFAMPIN CAP 300MG	RIFAMPIN CAP 300 MG	Nivel 2				
TRECTOR TAB 250MG	ETHIONAMIDE TAB 250 MG	Nivel 3				
Antineoplastics						
ABIRATERONE TAB 250MG	ABIRATERONE ACETATE TAB 250 MG	Nivel 4	X	X		
ABIRATERONE TAB 500MG	ABIRATERONE ACETATE TAB 500 MG	Nivel 4	X	X		
ALECENSA CAP 150MG	ALECTINIB HCL CAP 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
ANASTROZOLE TAB 1MG	ANASTROZOLE TAB 1 MG	Nivel 2				Copago de \$0 para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de atención médica confirma que el medicamento es para prevenir el cáncer de mama.
BEXAROTENE CAP 75MG	BEXAROTENE CAP 75 MG	Nivel 6				
BEXAROTENE GEL 1%	BEXAROTENE GEL 1%	Nivel 6		X		
BICALUTAMIDE TAB 50MG	BICALUTAMIDE TAB 50 MG	Nivel 2				
BOSULIF CAP 100MG	BOSUTINIB CAP 100 MG	Nivel 6	X	X		
BOSULIF CAP 50MG	BOSUTINIB CAP 50 MG	Nivel 6	X	X		
BRUKINSA CAP 80MG	ZANUBRUTINIB CAP 80 MG	Nivel 4	X	X		
CALQUENCE TAB 100MG	ACALABRUTINIB MALEATE TAB 100 MG	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CAPECITABINE TAB 150MG	CAPECITABINE TAB 150 MG	Nivel 6				
CAPECITABINE TAB 500MG	CAPECITABINE TAB 500 MG	Nivel 6				
CAPRELSA TAB 100MG	VANDETANIB TAB 100 MG	Nivel 6	X	X		
CAPRELSA TAB 300MG	VANDETANIB TAB 300 MG	Nivel 6	X	X		
COMETRIQ KIT 100MG	CABOZANTINIB S-MAL CAP 1 X 80 MG & 1 X 20 MG (100 DOSE) KIT	Nivel 6	X	X		
COMETRIQ KIT 140MG	CABOZANTINIB S-MAL CAP 1 X 80 MG & 3 X 20 MG (140 DOSE) KIT	Nivel 6	X	X		
COMETRIQ KIT 60MG	CABOZANTINIB S-MALATE CAP 3 X 20 MG (60 MG DOSE) KIT	Nivel 6	X	X		
COTELLIC TAB 20MG	COBIMETINIB FUMARATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
CYCLOPHOSPH CAP 25MG	CYCLOPHOSPHAMIDE CAP 25 MG	Nivel 3				
CYCLOPHOSPH CAP 50MG	CYCLOPHOSPHAMIDE CAP 50 MG	Nivel 3				
CYCLOPHOSPH TAB 25MG	CYCLOPHOSPHAMIDE TAB 25 MG	Nivel 5				
CYCLOPHOSPH TAB 50MG	CYCLOPHOSPHAMIDE TAB 50 MG	Nivel 5				
DASATINIB TAB 100MG	DASATINIB TAB 100 MG	Nivel 4	X	X		
DASATINIB TAB 140MG	DASATINIB TAB 140 MG	Nivel 4	X	X		
DASATINIB TAB 20MG	DASATINIB TAB 20 MG	Nivel 4	X	X		
DASATINIB TAB 50MG	DASATINIB TAB 50 MG	Nivel 4	X	X		
DASATINIB TAB 70MG	DASATINIB TAB 70 MG	Nivel 4	X	X		
DASATINIB TAB 80MG	DASATINIB TAB 80 MG	Nivel 4	X	X		
DICLOFENAC GEL 3%	DICLOFENAC SODIUM (ACTINIC KERATOSES) GEL 3%	Nivel 3		X		
DROXIA CAP 200MG	HYDROXYUREA CAP 200 MG	Nivel 5				
DROXIA CAP 300MG	HYDROXYUREA CAP 300 MG	Nivel 5				
DROXIA CAP 400MG	HYDROXYUREA CAP 400 MG	Nivel 5				
EMCYT CAP 140MG	ESTRAMUSTINE PHOSPHATE SODIUM CAP 140 MG	Nivel 5				
ERLEADA TAB 240MG	APALUTAMIDE TAB 240 MG	Nivel 4	X	X		
ERLEADA TAB 60MG	APALUTAMIDE TAB 60 MG	Nivel 4	X	X		
ERLOTINIB TAB 100MG	ERLOTINIB HCL TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
ERLOTINIB TAB 150MG	ERLOTINIB HCL TAB 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
ERLOTINIB TAB 25MG	ERLOTINIB HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
ETOPOSIDE CAP 50MG	ETOPOSIDE CAP 50 MG	Nivel 6				
EVEROLIMUS TAB 10MG	EVEROLIMUS TAB 10 MG	Nivel 6	X	X		
EVEROLIMUS TAB 2.5MG	EVEROLIMUS TAB 2.5 MG	Nivel 6	X	X		
EVEROLIMUS TAB 5MG	EVEROLIMUS TAB 5 MG	Nivel 6	X	X		
EVEROLIMUS TAB 7.5MG	EVEROLIMUS TAB 7.5 MG	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
EXEMESTANE TAB 25MG	EXEMESTANE TAB 25 MG	Nivel 3				Copago de \$0 para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de atención médica confirma que el medicamento es para prevenir el cáncer de mama.
FLUOROURACIL CRE 0.5%	FLUOROURACIL CREAM 0.5%	Nivel 5		X		
FLUOROURACIL CRE 5%	FLUOROURACIL CREAM 5%	Nivel 2		X		
FLUOROURACIL SOL 2%	FLUOROURACIL SOLN 2%	Nivel 2				
FLUOROURACIL SOL 5%	FLUOROURACIL SOLN 5%	Nivel 2				
GEFITINIB TAB 250MG	GEFITINIB TAB 250 MG	Nivel 4	X	X		
GILOTRIF TAB 20MG	AFATINIB DIMALEATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
GILOTRIF TAB 30MG	AFATINIB DIMALEATE TAB 30 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
GILOTRIF TAB 40MG	AFATINIB DIMALEATE TAB 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
GLEOSTINE CAP 100MG	LOMUSTINE CAP 100 MG	Nivel 6				
GLEOSTINE CAP 10MG	LOMUSTINE CAP 10 MG	Nivel 6				
GLEOSTINE CAP 40MG	LOMUSTINE CAP 40 MG	Nivel 6				
HYCMTIN CAP 0.25MG	TOPOTECAN HCL CAP 0.25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
HYCMTIN CAP 1MG	TOPOTECAN HCL CAP 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
HYDROXYUREA CAP 500MG	HYDROXYUREA CAP 500 MG	Nivel 2				
IMATINIB MES TAB 100MG	IMATINIB MESYLATE TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4		X		
IMATINIB MES TAB 400MG	IMATINIB MESYLATE TAB 400 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4		X		
IMBRUVICA CAP 140MG	IBRUTINIB CAP 140 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA CAP 70MG	IBRUTINIB CAP 70 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA SUS 70MG/ ML	IBRUTINIB ORAL SUSP 70 MG / ML	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA TAB 140MG	IBRUTINIB TAB 140 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA TAB 280MG	IBRUTINIB TAB 280 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA TAB 420MG	IBRUTINIB TAB 420 MG	Nivel 4	X	X		
IMBRUVICA TAB 560MG	IBRUTINIB TAB 560 MG	Nivel 4	X	X		
INLYTA TAB 1MG	AXITINIB TAB 1 MG	Nivel 6	X	X		
INLYTA TAB 5MG	AXITINIB TAB 5 MG	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 10MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 15MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 15 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
JAKAFI TAB 20MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 25MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
JAKAFI TAB 5MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
KISQALI 200 PAK FEMARA	RIBOCICLIB 200 MG DOSE (200 MG TAB) & LETROZOLE 2.5 MG TBPk	Nivel 4	X	X		
KISQALI 400 PAK FEMARA	RIBOCICLIB 400 MG DOSE (200 MG TAB) & LETROZOLE 2.5 MG TBPk	Nivel 4	X	X		
KISQALI 600 PAK FEMARA	RIBOCICLIB 600 MG DOSE (200 MG TAB) & LETROZOLE 2.5 MG TBPk	Nivel 4	X	X		
KISQALI TAB 200DOSE	RIBOCICLIB SUCCINATE TAB PACK 200 MG DAILY DOSE	Nivel 4	X	X		
KISQALI TAB 400DOSE	RIBOCICLIB SUCCINATE TAB PACK 400 MG DAILY DOSE (200 MG TAB)	Nivel 4	X	X		
KISQALI TAB 600DOSE	RIBOCICLIB SUCCINATE TAB PACK 600 MG DAILY DOSE (200 MG TAB)	Nivel 4	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 10MG	LENALIDOMIDE CAP 10 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 15MG	LENALIDOMIDE CAP 15 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 2.5MG	LENALIDOMIDE CAPS 2.5 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 20MG	LENALIDOMIDE CAP 20 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 25MG	LENALIDOMIDE CAP 25 MG	Nivel 6	X	X		
LENALIDOMIDE CAP 5MG	LENALIDOMIDE CAP 5 MG	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 10 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 10 MG (10 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 12MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 3 X 4 MG (12 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 14 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 10 & 4 MG (14 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 18 MG	LENVATINIB CAP THER PACK 10 MG & 2 X 4 MG (18 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 20 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 2 X 10 MG (20 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 24 MG	LENVATINIB CAP THER PACK 2 X 10 MG & 4 MG (24 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 4MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 4 MG (4 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		
LENVIMA CAP 8 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 2 X 4 MG (8 MG DAILY DOSE)	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LETROZOLE TAB 2.5MG	LETROZOLE TAB 2.5 MG	Nivel 2				\$0 de copago para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de atención PRV-A* médica confirme que el medicamento es para prevenir el cáncer de mama.
LEUCOVOR CA TAB 10MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 10 MG	Nivel 2				
LEUCOVOR CA TAB 15MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 15 MG	Nivel 2				
LEUCOVOR CA TAB 25MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 25 MG	Nivel 2				
LEUCOVOR CA TAB 5MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 5 MG	Nivel 2				
LEUKERAN TAB 2MG	CHLORAMBUCIL TAB 2 MG	Nivel 5				
LORBRENA TAB 100MG	LORLATINIB TAB 100 MG	Nivel 6	X	X		
LORBRENA TAB 25MG	LORLATINIB TAB 25 MG	Nivel 6	X	X		
LYNPARZA TAB 100MG	OLAPARIB TAB 100 MG	Nivel 4	X	X		
LYNPARZA TAB 150MG	OLAPARIB TAB 150 MG	Nivel 4	X	X		
MATULANE CAP 50MG	PROCARBAZINE HCL CAP 50 MG	Nivel 6				
MELPHALAN TAB 2MG	MELPHALAN TAB 2 MG	Nivel 3				
MERCAPTOPUR TAB 50MG	MERCAPTOPURINE TAB 50 MG	Nivel 2				
MESNA TAB 400MG	MESNA TAB 400 MG	Nivel 4				
MYLERAN TAB 2MG	BUSULFAN TAB 2 MG	Nivel 5				
NILUTAMIDE TAB 150MG	NILUTAMIDE TAB 150 MG	Nivel 4				
NUBEQA TAB 300MG	DAROLUTAMIDE TAB 300 MG	Nivel 4	X	X		
PIQRAY 200MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB THERAPY PACK 200 MG DAILY DOSE	Nivel 6	X	X		
PIQRAY 250MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB PACK 250 MG DAILY DOSE (200 MG & 50 MG TABS)	Nivel 6	X	X		
PIQRAY 300MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB PACK 300 MG DAILY DOSE (2X150 MG TAB)	Nivel 6	X	X		
POMALYST CAP 1MG	POMALIDOMIDE CAP 1 MG	Nivel 6	X	X		
POMALYST CAP 2MG	POMALIDOMIDE CAP 2 MG	Nivel 6	X	X		
POMALYST CAP 3MG	POMALIDOMIDE CAP 3 MG	Nivel 6	X	X		
POMALYST CAP 4MG	POMALIDOMIDE CAP 4 MG	Nivel 6	X	X		
ROZLYTREK CAP 100MG	ENTRECTINIB CAP 100 MG	Nivel 4	X	X		
ROZLYTREK CAP 200MG	ENTRECTINIB CAP 200 MG	Nivel 4	X	X		
ROZLYTREK PAK 50MG	ENTRECTINIB PELLET PACK 50 MG	Nivel 4	X	X		
SORAFENIB TAB 200MG	SORAFENIB TOSYLATE TAB 200 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
STIVARGA TAB 40MG	REGORAFENIB TAB 40 MG	Nivel 4	X	X		
SUNITINIB CAP 12.5MG	SUNITINIB MALATE CAP 12.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SUNITINIB CAP 25MG	SUNITINIB MALATE CAP 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SUNITINIB CAP 375MG	SUNITINIB MALATE CAP 375 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SUNITINIB CAP 50MG	SUNITINIB MALATE CAP 50 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SYNRIBO INJ 3.5MG	OMACETAXINE MEPESUCCINATE FOR INJ 3.5 MG	Nivel 6	X	X		
TABLOID TAB 40MG	THIOGUANINE TAB 40 MG	Nivel 6				
TAGRISSO TAB 40MG	OSIMERTINIB MESYLATE TAB 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
TAGRISSO TAB 80MG	OSIMERTINIB MESYLATE TAB 80 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
TALZENNA CAP 0.1MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.1 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TALZENNA CAP 0.25MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TALZENNA CAP 0.35MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.35 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TALZENNA CAP 0.5MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TALZENNA CAP 0.75MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.75 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TALZENNA CAP 1MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 1 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
TAMOXIFEN TAB 10MG	TAMOXIFEN CITRATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TAMOXIFEN TAB 20MG	TAMOXIFEN CITRATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				\$0 de copago para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de atención médica confirme que el medicamento es para prevenir el cáncer de mama.
TEMOZOLOMIDE CAP 100MG	TEMOZOLOMIDE CAP 100 MG	Nivel 6				
TEMOZOLOMIDE CAP 140MG	TEMOZOLOMIDE CAP 140 MG	Nivel 6				
TEMOZOLOMIDE CAP 180MG	TEMOZOLOMIDE CAP 180 MG	Nivel 6				
TEMOZOLOMIDE CAP 20MG	TEMOZOLOMIDE CAP 20 MG	Nivel 6				
TEMOZOLOMIDE CAP 250MG	TEMOZOLOMIDE CAP 250 MG	Nivel 6				
TEMOZOLOMIDE CAP 5MG	TEMOZOLOMIDE CAP 5 MG	Nivel 6				
THALOMID CAP 100MG	THALIDOMIDE CAP 100 MG	Nivel 6	X	X		
THALOMID CAP 150MG	THALIDOMIDE CAP 150 MG	Nivel 6	X	X		
THALOMID CAP 200MG	THALIDOMIDE CAP 200 MG	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **7D**..... Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
THALOMID CAP 50MG	THALIDOMIDE CAP 50 MG	Nivel 6	X	X		
TOREMIFENE TAB 60MG	TOREMIFENE CITRATE TAB 60 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
TRETINOIN CAP 10MG	TRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 6		X		
TRUQAP PAK 160MG	CAPIVASERTIB TAB THERAPY PACK 160 MG	Nivel 4	X	X		
TRUQAP PAK 200MG	CAPIVASERTIB TAB THERAPY PACK 200 MG	Nivel 4	X	X		
TRUQAP TAB 160MG	CAPIVASERTIB TAB 160 MG	Nivel 4	X	X		
TRUQAP TAB 200MG	CAPIVASERTIB TAB 200 MG	Nivel 4	X	X		
TURALIO CAP 125MG	PEXIDARTINIB HCL CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
VENCLEXTA TAB 100MG	VENETOCLAX TAB 100 MG	Nivel 6	X	X		
VENCLEXTA TAB 10MG	VENETOCLAX TAB 10 MG	Nivel 6	X	X		
VENCLEXTA TAB 50MG	VENETOCLAX TAB 50 MG	Nivel 6	X	X		
VENCLEXTA TAB START PK	VENETOCLAX TAB THERAPY STARTER PACK 10 & 50 & 100 MG	Nivel 6	X	X		
VERZENIO TAB 100MG	ABEMACICLIB TAB 100 MG	Nivel 4	X	X		
VERZENIO TAB 150MG	ABEMACICLIB TAB 150 MG	Nivel 4	X	X		
VERZENIO TAB 200MG	ABEMACICLIB TAB 200 MG	Nivel 4	X	X		
VERZENIO TAB 50MG	ABEMACICLIB TAB 50 MG	Nivel 4	X	X		
VITRAKVI CAP 100MG	LAROTRECTINIB SULFATE CAP 100 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
VITRAKVI CAP 25MG	LAROTRECTINIB SULFATE CAP 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
VITRAKVI SOL 20MG/ML	LAROTRECTINIB SULFATE ORAL SOLN 20 MG / ML (BASE EQUIVA- LENT)	Nivel 4	X	X		
XOSPATA TAB 40MG	GILTERITINIB FUMARATE TABLET 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
XTANDI CAP 40MG	ENZALUTAMIDE CAP 40 MG	Nivel 4	X	X		
XTANDI TAB 40MG	ENZALUTAMIDE TAB 40 MG	Nivel 4	X	X		
XTANDI TAB 80MG	ENZALUTAMIDE TAB 80 MG	Nivel 4	X	X		
ZELBORAF TAB 240MG	VEMURAFENIB TAB 240 MG	Nivel 6	X	X		
ZOLINZA CAP 100MG	VORINOSTAT CAP 100 MG	Nivel 6		X		
ZYKADIA TAB 150MG	CERITINIB TAB 150 MG	Nivel 6	X	X		
Antiparasitics						
ALBENDAZOLE TAB 200MG	ALBENDAZOLE TAB 200 MG	Nivel 3	X	X		
ALINIA SUS 100/5ML	NITAZOXANIDE FOR SUSP 100 MG / 5ML	Nivel 3		X		
ATOVAQ/PROGU TAB 250-100	ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL TAB 250-100 MG	Nivel 3				
ATOVAQ/PROGU TAB 62.5-25	ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL TAB 62.5-25 MG	Nivel 3				
ATOVAQUONE SUS 750/5ML	ATOVAQUONE SUSP 750 MG / 5ML	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
BENZNIDAZOLE TAB 100MG	BENZNIDAZOLE TAB 100 MG	Nivel 3		X		
BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG	BENZNIDAZOLE TAB 12.5 MG	Nivel 3		X		
CHLOROQUINE TAB 250MG	CHLOROQUINE PHOSPHATE TAB 250 MG	Nivel 2		X		
CHLOROQUINE TAB 500MG	CHLOROQUINE PHOSPHATE TAB 500 MG	Nivel 2		X		
CROTAN LOT 10%	CROTAMITON LOTION 10%	Nivel 5				
HYDROXYCHLOR TAB 100MG	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TAB 100 MG	Nivel 2		X		
HYDROXYCHLOR TAB 200MG	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TAB 200 MG	Nivel 2		X		
IVERMECTIN LOT 0.5%	IVERMECTIN LOTION 0.5%	Nivel 3		X		
IVERMECTIN TAB 3MG	IVERMECTIN TAB 3 MG	Nivel 2	X	X		STI*
MALATHION LOT 0.5%	MALATHION LOTION 0.5%	Nivel 3				STI*
MEFLOQUINE TAB 250MG	MEFLOQUINE HCL TAB 250 MG	Nivel 2				
NITAZOXANIDE TAB 500MG	NITAZOXANIDE TAB 500 MG	Nivel 3		X		
PENTAMIDINE INH 300MG	PENTAMIDINE ISETHIONATE FOR NEBULIZATION SOLN 300 MG	Nivel 3		X		
PERMETHRIN CRE 5%	PERMETHRIN CREAM 5%	Nivel 2				STI*
PRAZIQUANTEL TAB 600MG	PRAZIQUANTEL TAB 600 MG	Nivel 3				
PRIMAQUINE TAB 26.3MG	PRIMAQUINE PHOSPHATE TAB 26.3 MG (15 MG BASE)	Nivel 2				
PRIMETHAMIN TAB 25MG	PYRIMETHAMINE TAB 25 MG	Nivel 6	X			
QUININE SULF CAP 324MG	QUININE SULFATE CAP 324 MG	Nivel 3				
SPINOSAD SUS 0.9%	SPINOSAD SUSP 0.9%	Nivel 3				
Antiparkinson Agents						
AMANTADINE CAP 100MG	AMANTADINE HCL CAP 100 MG	Nivel 2				
AMANTADINE SOL 100/10ML	AMANTADINE HCL SOLN 50 MG / 5ML	Nivel 2				
AMANTADINE SOL 50MG/5ML	AMANTADINE HCL SOLN 50 MG / 5ML	Nivel 2				
AMANTADINE TAB 100MG	AMANTADINE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
APOMORPHINE INJ 30MG/3ML	APOMORPHINE HCL SOLN CARTRIDGE 30 MG / 3ML	Nivel 6		X		
BENZTROPINE TAB 0.5MG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 0.5 MG	Nivel 2				BH*
BENZTROPINE TAB 1MG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 1 MG	Nivel 2				BH*
BENZTROPINE TAB 2MG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 2 MG	Nivel 2				BH*
BROMOCRIPTIN CAP 5MG	BROMOCRIPTINE MESYLATE CAP 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				BH*
BROMOCRIPTIN TAB 2.5MG	BROMOCRIPTINE MESYLATE TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				BH*
CARB/LEVO 50 TAB / ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 12.5-50-200 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CARB/LEVO 75 TAB / ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 18.75-75-200 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO ER TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 25-100 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO ER TAB 50-200MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 50-200 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO TAB 10-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 10-100 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO TAB 10-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-100 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO TAB 25-250MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-250 MG	Nivel 2				
CARB/LEVO TAB 25-250MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO100 TAB / ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 25-100-200 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO125 TAB / ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 31.25-125-200 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO150 TAB / ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 37.5-150-200 MG	Nivel 3				
CARB/LEVO200 TAB / ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 50-200-200 MG	Nivel 3				
CARBIDOPA TAB 25MG	CARBIDOPA TAB 25 MG	Nivel 3				
DUOPA SUS 4.63-20	CARBIDOPA-LEVODOPA ENTERAL SUSP 4.63-20 MG / ML	Nivel 6	X			
ENTACAPONE TAB 200MG	ENTACAPONE TAB 200 MG	Nivel 3				
PRAMIPEXOLE TAB 0.125MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.125 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.25MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.25 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.5MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.5 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.75MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.75 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 1.5MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 1.5 MG	Nivel 2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 1MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 1 MG	Nivel 2				BH*
RASAGILINE TAB 0.5MG	RASAGILINE MESYLATE TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3			X	
RASAGILINE TAB 1MG	RASAGILINE MESYLATE TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3			X	
ROPINIROLE TAB 0.25MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 0.25 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 0.5MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 0.5 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ROPINIROLE TAB 1MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 1 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 2MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 2 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 3MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 3 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 4MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 4 MG	Nivel 2				
ROPINIROLE TAB 5MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
SELEGILINE CAP 5MG	SELEGILINE HCL CAP 5 MG	Nivel 3				BH*
SELEGILINE TAB 5MG	SELEGILINE HCL TAB 5 MG	Nivel 3				BH*
TOLCAPONE TAB 100MG	TOLCAPONE TAB 100 MG	Nivel 3		X		
TRIHXYPHEN SOL 0.4MG/ML	TRIHXYPHENIDYL HCL ORAL SOLN 0.4 MG / ML	Nivel 2				BH*
TRIHXYPHEN TAB 2MG	TRIHXYPHENIDYL HCL TAB 2 MG	Nivel 2				BH*
TRIHXYPHEN TAB 5MG	TRIHXYPHENIDYL HCL TAB 5 MG	Nivel 2				BH*
Antipsychotics						
ARIPIRAZOLE SOL 1MG/ML	ARIPIRAZOLE ORAL SOLUTION 1 MG / ML	Nivel 1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 10MG	ARIPIRAZOLE TAB 10 MG	Nivel 1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 15MG	ARIPIRAZOLE TAB 15 MG	Nivel 1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 20MG	ARIPIRAZOLE TAB 20 MG	Nivel 1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 2MG	ARIPIRAZOLE TAB 2 MG	Nivel 1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 30MG	ARIPIRAZOLE TAB 30 MG	Nivel 1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 5MG	ARIPIRAZOLE TAB 5 MG	Nivel 1		X		
ASENAPINE SUB 10MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X	X	
ASENAPINE SUB 2.5MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X	X	
ASENAPINE SUB 5MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X	X	
CHLORPROMAZ TAB 100MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				
CHLORPROMAZ TAB 10MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
CHLORPROMAZ TAB 200MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 200 MG	Nivel 1				
CHLORPROMAZ TAB 25MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				
CHLORPROMAZ TAB 50MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
CLOZAPINE TAB 100/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 100 MG	Nivel 1		X		
CLOZAPINE TAB 100MG	CLOZAPINE TAB 100 MG	Nivel 1				
CLOZAPINE TAB 12.5/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 12.5 MG	Nivel 1		X		
CLOZAPINE TAB 150/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 150 MG	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CLOZAPINE TAB 200/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 200 MG	Nivel 1		X		
CLOZAPINE TAB 200MG	CLOZAPINE TAB 200 MG	Nivel 1				
CLOZAPINE TAB 25MG	CLOZAPINE TAB 25 MG	Nivel 1				
CLOZAPINE TAB 25MG ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 25 MG	Nivel 1		X		
CLOZAPINE TAB 50MG	CLOZAPINE TAB 50 MG	Nivel 1				
FLUPHENAZINE CON 5MG/ML	FLUPHENAZINE HCL ORAL CONC 5 MG / ML	Nivel 1				
FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML	FLUPHENAZINE HCL ELIXIR 2.5 MG / 5ML	Nivel 1				
FLUPHENAZINE TAB 10MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
FLUPHENAZINE TAB 1MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 1 MG	Nivel 1				
FLUPHENAZINE TAB 2.5MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 2.5 MG	Nivel 1				
FLUPHENAZINE TAB 5MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 5 MG	Nivel 1				
HALOPERIDOL CON 2MG/ ML	HALOPERIDOL LACTATE ORAL CONC 2 MG / ML	Nivel 1				
HALOPERIDOL TAB 0.5MG	HALOPERIDOL TAB 0.5 MG	Nivel 1				
HALOPERIDOL TAB 10MG	HALOPERIDOL TAB 10 MG	Nivel 1				
HALOPERIDOL TAB 1MG	HALOPERIDOL TAB 1 MG	Nivel 1				
HALOPERIDOL TAB 20MG	HALOPERIDOL TAB 20 MG	Nivel 1				
HALOPERIDOL TAB 2MG	HALOPERIDOL TAB 2 MG	Nivel 1				
HALOPERIDOL TAB 5MG	HALOPERIDOL TAB 5 MG	Nivel 1				
LOXAPINE CAP 10MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 10 MG	Nivel 1				
LOXAPINE CAP 25MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 25 MG	Nivel 1				
LOXAPINE CAP 50MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 50 MG	Nivel 1				
LOXAPINE CAP 5MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 5 MG	Nivel 1				
LURASIDONE TAB 120MG	LURASIDONE HCL TAB 120 MG	Nivel 1		X		
LURASIDONE TAB 20MG	LURASIDONE HCL TAB 20 MG	Nivel 1		X		
LURASIDONE TAB 40MG	LURASIDONE HCL TAB 40 MG	Nivel 1		X		
LURASIDONE TAB 60MG	LURASIDONE HCL TAB 60 MG	Nivel 1		X		
LURASIDONE TAB 80MG	LURASIDONE HCL TAB 80 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 10MG	OLANZAPINE TAB 10 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 10MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 15MG	OLANZAPINE TAB 15 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 15MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 15 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 2.5MG	OLANZAPINE TAB 2.5 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 20MG	OLANZAPINE TAB 20 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 20MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 20 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 5MG	OLANZAPINE TAB 5 MG	Nivel 1		X		
OLANZAPINE TAB 5MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
OLANZAPINE TAB 7.5MG	OLANZAPINE TAB 7.5 MG	Nivel 1		X		
PALIPERIDONE TAB ER 1.5MG	PALIPERIDONE TAB ER 24HR 1.5 MG	Nivel 1		X		
PALIPERIDONE TAB ER 3MG	PALIPERIDONE TAB ER 24HR 3 MG	Nivel 1		X		
PALIPERIDONE TAB ER 6MG	PALIPERIDONE TAB ER 24HR 6 MG	Nivel 1		X		
PALIPERIDONE TAB ER 9MG	PALIPERIDONE TAB ER 24HR 9 MG	Nivel 1		X		
PIMOZIDE TAB 1MG	PIMOZIDE TAB 1 MG	Nivel 1				
PIMOZIDE TAB 2MG	PIMOZIDE TAB 2 MG	Nivel 1				
QUETIAPINE TAB 100MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 100 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 150MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 150 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 150MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 150 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 200MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 200 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 200MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 200 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 25MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 25 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 300MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 300 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 300MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 400MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 400 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 400MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 400 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 50MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 50 MG	Nivel 1		X		
QUETIAPINE TAB 50MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR 50 MG	Nivel 1		X		
RISPERIDONE SOL 1MG/ ML	RISPERIDONE SOLN 1 MG / ML	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 0.25 ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 0.25MG	RISPERIDONE TAB 0.25 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 0.5MG	RISPERIDONE TAB 0.5 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 0.5MG OD	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 1MG	RISPERIDONE TAB 1 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 1MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 1 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 2MG	RISPERIDONE TAB 2 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 2MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 3MG	RISPERIDONE TAB 3 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 3MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 3 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 4MG	RISPERIDONE TAB 4 MG	Nivel 1				
RISPERIDONE TAB 4MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 4 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
THIORIDAZINE TAB 100MG	THIORIDAZINE HCL TAB 100 MG	Nivel 1				
THIORIDAZINE TAB 10MG	THIORIDAZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
THIORIDAZINE TAB 25MG	THIORIDAZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				
THIORIDAZINE TAB 50MG	THIORIDAZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
THIOTHIXENE CAP 10MG	THIOTHIXENE CAP 10 MG	Nivel 1				
THIOTHIXENE CAP 1MG	THIOTHIXENE CAP 1 MG	Nivel 1				
THIOTHIXENE CAP 2MG	THIOTHIXENE CAP 2 MG	Nivel 1				
THIOTHIXENE CAP 5MG	THIOTHIXENE CAP 5 MG	Nivel 1				
TRIFLUOPERAZ TAB 10MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
TRIFLUOPERAZ TAB 1MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 1 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
TRIFLUOPERAZ TAB 2MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
TRIFLUOPERAZ TAB 5MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	CARIPRAZINE HCL CAP THERAPY PACK 1.5 MG (1) & 3 MG (6)	Nivel 1	X	X		
VRAYLAR CAP 1.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 1.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1	X	X		
VRAYLAR CAP 3MG	CARIPRAZINE HCL CAP 3 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1	X	X		
VRAYLAR CAP 4.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 4.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1	X	X		
VRAYLAR CAP 6MG	CARIPRAZINE HCL CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1	X	X		
ZIPRASIDONE CAP 20MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 20 MG	Nivel 1		X		
ZIPRASIDONE CAP 40MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 40 MG	Nivel 1		X		
ZIPRASIDONE CAP 60MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 60 MG	Nivel 1		X		
ZIPRASIDONE CAP 80MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 80 MG	Nivel 1		X		
Antivirals						
ABACA/LAMIVU TAB 600-300	ABACAVIR SULFATE-LAMIVUDINE TAB 600-300 MG	Nivel 1		X		
ABACAVIR SOL 20MG/ML	ABACAVIR SULFATE SOLN 20 MG / ML (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ABACAVIR TAB 300MG	ABACAVIR SULFATE TAB 300 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ACYCLOVIR CAP 200MG	ACYCLOVIR CAP 200 MG	Nivel 2				STI*
ACYCLOVIR OIN 5%	ACYCLOVIR OINT 5%	Nivel 3		X		STI*
ACYCLOVIR SUS 200/5ML	ACYCLOVIR SUSP 200 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
ACYCLOVIR SUS 800/20ML	ACYCLOVIR SUSP 200 MG / 5ML	Nivel 2				STI*
ACYCLOVIR TAB 400MG	ACYCLOVIR TAB 400 MG	Nivel 2				STI*
ACYCLOVIR TAB 800MG	ACYCLOVIR TAB 800 MG	Nivel 2				STI*
ADEFOV DIPIV TAB 10MG	ADEFOVIR DIPIVOXIL TAB 10 MG	Nivel 1				
APTIVUS CAP 250MG	TIPRANAVIR CAP 250 MG	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ATAZANAVIR CAP 150MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 150 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ATAZANAVIR CAP 200MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 200 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
ATAZANAVIR CAP 300MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 300 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
BARACLUDE SOL	ENTECAVIR ORAL SOLN 0.05 MG / ML	Nivel 1				
BIKTARVY TAB	BICTEGRAVIR-EMTRICITABINE-TE-NOFOVIR AF TAB 30-120-15 MG	Nivel 1		X		
BIKTARVY TAB	BICTEGRAVIR-EMTRICITABINE-TE-NOFOVIR AF TAB 50-200-25 MG	Nivel 1		X		
DARUNAVIR TAB 600MG	DARUNAVIR TAB 600 MG	Nivel 1		X		
DARUNAVIR TAB 800MG	DARUNAVIR TAB 800 MG	Nivel 1		X		
DESCOVY TAB 200/25MG	EMTRICITABINE-TENOFOVIR ALAF-ENAMIDE FUMARATE TAB 200-25 MG	Nivel 1		X		
DOVATO TAB 50-300MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM-LAMIVUDINE TAB 50-300 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
EDURANT TAB 25MG	RILPIVIRINE HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
EFAVIR/EMTRI TAB TENOFOVI	EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR DF TAB 600-200-300 MG	Nivel 1		X		
EFAVIR/LAMIV TAB TENOFOVI	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 400-300-300 MG	Nivel 1		X		
EFAVIR/LAMIV TAB TENOFOVI	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 600-300-300 MG	Nivel 1		X		
EFAVIRENZ CAP 200MG	EFAVIRENZ CAP 200 MG	Nivel 1		X		
EFAVIRENZ CAP 50MG	EFAVIRENZ CAP 50 MG	Nivel 1		X		
EFAVIRENZ TAB 600MG	EFAVIRENZ TAB 600 MG	Nivel 1		X		
EMTR/TEN DF TAB 100-150	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 100-150 MG	Nivel 1		X		
EMTR/TEN DF TAB 133-200	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 133-200 MG	Nivel 1		X		
EMTR/TEN DF TAB 167-250	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 167-250 MG	Nivel 1		X		
EMTR/TENOFOV TAB 200-300	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 200-300 MG	Nivel 1		X		
EMTRICITABIN CAP 200MG	EMTRICITABINE CAPS 200 MG	Nivel 1		X		
ENTECAVIR TAB 0.5MG	ENTECAVIR TAB 0.5 MG	Nivel 1				
ENTECAVIR TAB 1MG	ENTECAVIR TAB 1 MG	Nivel 1				
ETRAVIRINE TAB 100MG	ETRAVIRINE TAB 100 MG	Nivel 1		X		
ETRAVIRINE TAB 200MG	ETRAVIRINE TAB 200 MG	Nivel 1		X		
EVOTAZ TAB 300-150	ATAZANAVIR SULFATE-COBICISTAT TAB 300-150 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
FAMCICLOVIR TAB 125MG	FAMCICLOVIR TAB 125 MG	Nivel 2		X		STI*
FAMCICLOVIR TAB 250MG	FAMCICLOVIR TAB 250 MG	Nivel 2		X		STI*
FAMCICLOVIR TAB 500MG	FAMCICLOVIR TAB 500 MG	Nivel 2		X		STI*

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
FOSAMPRENAVI TAB 700MG	FOSAMPRENAVIR CALCIUM TAB 700 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
FUZEON INJ 90MG	ENFUVIRTIDE FOR INJ 90 MG	Nivel 1		X		
GENVOYA TAB	ELVITEGRAV-COBIC-EMTRICITAB-TENOFOV AF TAB 150-150-200-10 MG	Nivel 1		X		
INTELENCE TAB 25MG	ETRAVIRINE TAB 25 MG	Nivel 1		X		
ISENTRESS POW 100MG	RALTEGRAVIR POTASSIUM PACKET FOR SUSP 100 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
JULUCA TAB 50-25MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM-RILPIVIRINE HCL TAB 50-25 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
LAMIVUD/ZIDO TAB 150-300	LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TAB 150-300 MG	Nivel 1		X		
LAMIVUDINE SOL 10MG/ML	LAMIVUDINE ORAL SOLN 10 MG / ML	Nivel 1		X		
LAMIVUDINE TAB 100MG	LAMIVUDINE TAB 100 MG (HBV)	Nivel 1				
LAMIVUDINE TAB 150MG	LAMIVUDINE TAB 150 MG	Nivel 1		X		
LAMIVUDINE TAB 300MG	LAMIVUDINE TAB 300 MG	Nivel 1		X		
LEDIP-SOFSB TAB 90-400MG	LEDIPASVIR-SOFSBUVIR TAB 90-400 MG	Nivel 1	X	X		
LEXIVA SUS 50MG/ML	FOSAMPRENAVIR CALCIUM SUSP 50 MG / ML (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
LOPIN/RITON SOL 80-20/ ML	LOPINAVIR-RITONAVIR SOLN 400-100 MG / 5ML (80-20 MG / ML)	Nivel 1		X		
LOPIN/RITON TAB 100-25MG	LOPINAVIR-RITONAVIR TAB 100-25 MG	Nivel 1		X		
LOPIN/RITON TAB 200-50MG	LOPINAVIR-RITONAVIR TAB 200-50 MG	Nivel 1		X		
MARAVIROC TAB 150MG	MARAVIROC TAB 150 MG	Nivel 1		X		
MARAVIROC TAB 300MG	MARAVIROC TAB 300 MG	Nivel 1		X		
NEVIRAPINE SUS 50MG/5ML	NEVIRAPINE SUSP 50 MG / 5ML	Nivel 1		X		
NEVIRAPINE TAB 100MG	NEVIRAPINE TAB ER 24HR 100 MG	Nivel 1		X		
NEVIRAPINE TAB 200MG	NEVIRAPINE TAB 200 MG	Nivel 1		X		
NEVIRAPINE TAB 400MG ER	NEVIRAPINE TAB ER 24HR 400 MG	Nivel 1		X		
NORVIR POW 100MG	RITONAVIR POWDER PACKET 100 MG	Nivel 1		X		
ODEFSEY TAB	EMTRICITABINE-RILPIVIRINE-TENOFOVIR AF TAB 200-25-25 MG	Nivel 1		X		
OSELTAMIVIR CAP 30MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 30 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
OSELTAMIVIR CAP 45MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 45 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
OSELTAMIVIR CAP 75MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
OSELTAMIVIR SUS 6MG/ML	OSELTAMIVIR PHOSPHATE FOR SUSP 6 MG / ML (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PEGASYS INJ	PEGINTERFERON ALFA-2A SOLN PRE-FILLED SYR 180 MCG / 0.5ML	Nivel 1	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PEGASYS INJ 180MCG/M	PEGINTERFERON ALFA-2A INJ 180 MCG / ML	Nivel 1	X	X		
PREZISTA SUS 100MG/ML	DARUNAVIR ORAL SUSP 100 MG / ML	Nivel 1		X		
RELENZA MIS DISKHALE	ZANAMIVIR AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG / ACT	Nivel 5		X		
REYATAZ POW 50MG	ATAZANAVIR SULFATE ORAL POWDER PACKET 50 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
RIBAVIRIN CAP 200MG	RIBAVIRIN CAP 200 MG	Nivel 1				
RIBAVIRIN TAB 200MG	RIBAVIRIN TAB 200 MG	Nivel 1				
RIMANTADINE TAB 100MG	RIMANTADINE HYDROCHLORIDE TAB 100 MG	Nivel 3				
RITONAVIR TAB 100MG	RITONAVIR TAB 100 MG	Nivel 1		X		
SELZENTRY SOL 20MG/ML	MARAVIROC ORAL SOLN 20 MG / ML	Nivel 1		X		
SELZENTRY TAB 25MG	MARAVIROC TAB 25 MG	Nivel 1		X		
SELZENTRY TAB 75MG	MARAVIROC TAB 75 MG	Nivel 1		X		
SOFOS/VELPAT TAB 400-100	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TAB 400-100 MG	Nivel 1	X	X		
STAVUDINE CAP 15MG	STAVUDINE CAP 15 MG	Nivel 1		X		
STAVUDINE CAP 20MG	STAVUDINE CAP 20 MG	Nivel 1		X		
STAVUDINE CAP 30MG	STAVUDINE CAP 30 MG	Nivel 1		X		
STAVUDINE CAP 40MG	STAVUDINE CAP 40 MG	Nivel 1		X		
TENOFOVIR TAB 300MG	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 300 MG	Nivel 1		X		
TIVICAY TAB 10MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
TIVICAY TAB 25MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM TAB 25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
TIVICAY TAB 50MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM TAB 50 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
TRIUMEQ TAB	ABACAVIR-DOLUTEGRAVIR-LAMIVUDINE TAB 600-50-300 MG	Nivel 1		X		
VALACYCLOVIR TAB 1GM	VALACYCLOVIR HCL TAB 1 GM	Nivel 2		X		STI*
VALACYCLOVIR TAB 500MG	VALACYCLOVIR HCL TAB 500 MG	Nivel 2		X		STI*
VALGANCICLOV SOL 50MG/ML	VALGANCICLOVIR HCL FOR SOLN 50 MG / ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
VALGANCICLOV TAB 450MG	VALGANCICLOVIR HCL TAB 450 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
VIRACEPT TAB 250MG	NELFINAVIR MESYLATE TAB 250 MG	Nivel 1		X		
VIRACEPT TAB 625MG	NELFINAVIR MESYLATE TAB 625 MG	Nivel 1		X		
ZIDOVUDINE CAP 100MG	ZIDOVUDINE CAP 100 MG	Nivel 1		X		
ZIDOVUDINE SYP 50MG/5ML	ZIDOVUDINE SYRUP 10 MG / ML	Nivel 1		X		
ZIDOVUDINE TAB 300MG	ZIDOVUDINE TAB 300 MG	Nivel 1		X		
Anxiolytics						
ALPRAZOLAM CON 1 MG/ML	ALPRAZOLAM CONC 1 MG / ML	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ALPRAZOLAM TAB 0.25 ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.25MG	ALPRAZOLAM TAB 0.25 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG	ALPRAZOLAM TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 0.5 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG OD	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 1MG	ALPRAZOLAM TAB 1 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 1MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 1 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 1MG ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 1 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 2MG	ALPRAZOLAM TAB 2 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 2MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 2 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 2MG ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 3MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 3 MG	Nivel 1		X		
BUSPIRONE TAB 10MG	BUSPIRONE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
BUSPIRONE TAB 15MG	BUSPIRONE HCL TAB 15 MG	Nivel 1				
BUSPIRONE TAB 30MG	BUSPIRONE HCL TAB 30 MG	Nivel 1				
BUSPIRONE TAB 5MG	BUSPIRONE HCL TAB 5 MG	Nivel 1				
BUSPIRONE TAB 7.5MG	BUSPIRONE HCL TAB 7.5 MG	Nivel 1				
CHLORDIAZEP CAP 10MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 10 MG	Nivel 1				
CHLORDIAZEP CAP 25MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 25 MG	Nivel 1				
CHLORDIAZEP CAP 5MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 5 MG	Nivel 1				
CLONAZEP ODT TAB 0.125MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.125 MG	Nivel 1		X		
CLONAZEP ODT TAB 0.25MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	Nivel 1		X		
CLONAZEP ODT TAB 0.5MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		
CLONAZEP ODT TAB 1MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 1 MG	Nivel 1		X		
CLONAZEP ODT TAB 2MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	Nivel 1		X		
CLONAZEPAM TAB 0.5MG	CLONAZEPAM TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		
CLONAZEPAM TAB 1MG	CLONAZEPAM TAB 1 MG	Nivel 1		X		
CLONAZEPAM TAB 2MG	CLONAZEPAM TAB 2 MG	Nivel 1		X		
CLORAZ DIPOT TAB 15MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 15 MG	Nivel 1		X		
CLORAZ DIPOT TAB 3.75MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 3.75 MG	Nivel 1		X		
CLORAZ DIPOT TAB 7.5MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 7.5 MG	Nivel 1		X		
DIAZEPAM CON 25MG/5ML	DIAZEPAM CONC 5 MG/ ML	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DIAZEPAM CON 5MG/ML	DIAZEPAM CONC 5 MG / ML	Nivel 1		X		
DIAZEPAM SOL 5MG/5ML	DIAZEPAM ORAL SOLN 1 MG / ML	Nivel 1				
DIAZEPAM TAB 10MG	DIAZEPAM TAB 10 MG	Nivel 1		X		
DIAZEPAM TAB 2MG	DIAZEPAM TAB 2 MG	Nivel 1		X		
DIAZEPAM TAB 5MG	DIAZEPAM TAB 5 MG	Nivel 1		X		
ESTAZOLAM TAB 1MG	ESTAZOLAM TAB 1 MG	Nivel 2		X		BH*
ESTAZOLAM TAB 2MG	ESTAZOLAM TAB 2 MG	Nivel 2		X		BH*
HYDROXYZ HCL SYP 10MG/5ML	HYDROXYZINE HCL SYRUP 10 MG / 5ML	Nivel 1				
HYDROXYZ HCL TAB 10MG	HYDROXYZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 1				
HYDROXYZ HCL TAB 25MG	HYDROXYZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				
HYDROXYZ HCL TAB 50MG	HYDROXYZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
HYDROXYZ PAM CAP 100MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 100 MG	Nivel 1				
HYDROXYZ PAM CAP 25MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 25 MG	Nivel 1				
HYDROXYZ PAM CAP 50MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 50 MG	Nivel 1				
HYDROXYZINE SOL 50/25ML	HYDROXYZINE HCL SYRUP 10 MG / 5ML	Nivel 1				
LORAZEPAM CON 2MG/ML	LORAZEPAM CONC 2 MG / ML	Nivel 1		X		
LORAZEPAM TAB 0.5MG	LORAZEPAM TAB 0.5 MG	Nivel 1		X		
LORAZEPAM TAB 1MG	LORAZEPAM TAB 1 MG	Nivel 1		X		
LORAZEPAM TAB 2MG	LORAZEPAM TAB 2 MG	Nivel 1		X		
MEPROBAMATE TAB 200MG	MEPROBAMATE TAB 200 MG	Nivel 1				
MEPROBAMATE TAB 400MG	MEPROBAMATE TAB 400 MG	Nivel 1				
OXAZEPAM CAP 10MG	OXAZEPAM CAP 10 MG	Nivel 1				
OXAZEPAM CAP 15MG	OXAZEPAM CAP 15 MG	Nivel 1				
OXAZEPAM CAP 30MG	OXAZEPAM CAP 30 MG	Nivel 1				
QUAZEPAM TAB 15MG	QUAZEPAM TAB 15 MG	Nivel 3				BH*
TRIAZOLAM TAB 0.125MG	TRIAZOLAM TAB 0.125 MG	Nivel 2		X		BH*
TRIAZOLAM TAB 0.25MG	TRIAZOLAM TAB 0.25 MG	Nivel 2		X		BH*
Bipolar Agents						
LITHIUM CARB CAP 150MG	LITHIUM CARBONATE CAP 150 MG	Nivel 1				
LITHIUM CARB CAP 300MG	LITHIUM CARBONATE CAP 300 MG	Nivel 1				
LITHIUM CARB CAP 600MG	LITHIUM CARBONATE CAP 600 MG	Nivel 1				
LITHIUM CARB TAB 300MG	LITHIUM CARBONATE TAB 300 MG	Nivel 1				
LITHIUM CARB TAB 300MG ER	LITHIUM CARBONATE TAB ER 300 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LITHIUM CARB TAB 450MG ER	LITHIUM CARBONATE TAB ER 450 MG	Nivel 1				
LITHIUM SOL 8MEQ/5ML	LITHIUM ORAL SOLUTION 8 MEQ / 5ML	Nivel 1				
Blood Glucose Monitoring						
ACCU-CHEK KIT GUIDE	*Blood Glucose Monitoring Kit w / Device***	Nivel 1		X		
ACCU-CHEK KIT GUIDE ME	*Blood Glucose Monitoring Kit w / Device***	Nivel 1		X		
ACCU-CHEK KIT SOFTCLIX	*Lancets Kit***	Nivel 1		X		
ACCU-CHEK LIQ GUIDE	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 1		X		
ACCU-CHEK LIQ SMART	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 1		X		
ACCU-CHEK SOL	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 1		X		
ACCU-CHEK TES AVIVA PL	Glucose Blood Test Strip	Nivel 1		X		
ACCU-CHEK TES GUIDE	Glucose Blood Test Strip	Nivel 1		X		
ACCU-CHEK TES SMART	Glucose Blood Test Strip	Nivel 1		X		
AUTOPEN MIS 1-21UNIT	INJECTION DEVICE FOR INSULIN	Nivel 1				
CONTOUR LOW LIQ CONTROL	*Blood Glucose Calibration - Liquid - Low***	Nivel 1		X		
CONTOUR NORM LIQ CONTROL	*Blood Glucose Calibration - Liquid - Normal***	Nivel 1		X		
LANCET DEVIC MIS ADJUST	*Lancet Devices***	Nivel 1				
LANCETS MIS	*Lancets***	Nivel 1				
NOVOPEN ECHO MIS	INJECTION DEVICE FOR INSULIN	Nivel 1				
ONETOUCH KIT ULTRA 2	*Blood Glucose Monitoring Kit w / Device***	Nivel 1		X		
ONETOUCH KIT VERIO FL	*Blood Glucose Monitoring Kit w / Device***	Nivel 1		X		
ONETOUCH LIQ ULT CONT	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 1		X		
ONETOUCH LIQ VERIO	*Blood Glucose Calibration - Liquid***	Nivel 1		X		
ONETOUCH LIQ VERIO 4	*Blood Glucose Calibration - Liquid - High***	Nivel 1		X		
ONETOUCH TES ULT BLUE	Glucose Blood Test Strip	Nivel 1		X		
ONETOUCH TES ULTRA	Glucose Blood Test Strip	Nivel 1		X		
ONETOUCH TES VERIO	Glucose Blood Test Strip	Nivel 1		X		
PRODIGY AUTO KIT MONITOR	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W / DEVICE***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY AUTO MIS SYSTEM	*Blood Glucose Monitoring Devices***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY KIT NO CODIN	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W / DEVICE***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY NO TES CODING	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	Nivel 5	X	X		
PRODIGY PCKT KIT METER	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W / DEVICE***	Nivel 5	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PRODIGY VOIC KIT ME- TER	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/ DEVICE***	Nivel 5	X	X		
Blood Glucose Regulators						
ACARBOSE TAB 100MG	ACARBOSE TAB 100 MG	Nivel 2		X		
ACARBOSE TAB 25MG	ACARBOSE TAB 25 MG	Nivel 2		X		
ACARBOSE TAB 50MG	ACARBOSE TAB 50 MG	Nivel 2		X		
BAQSIMI ONE POW 3MG/ DOSE	GLUCAGON NASAL POWDER 3 MG / DOSE	Nivel 1		X		
BAQSIMI TWO POW 3MG/ DOSE	GLUCAGON NASAL POWDER 3 MG / DOSE	Nivel 1		X		
BASAGLAR INJ 100UNIT	INSULIN GLARGINE SOLN PEN-IN- JECTOR 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
BYDUREON BC INJ 2/0.85ML	EXENATIDE EXTENDED RELEASE SUSP AUTO-INJECTOR 2 MG / 0.85ML	Nivel 3	X	X		
DIAZOXIDE SUS 50MG/ ML	DIAZOXIDE SUSP 50 MG / ML	Nivel 3				
FARXIGA TAB 10MG	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
FARXIGA TAB 5MG	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
GLIMEPIRIDE TAB 1MG	GLIMEPIRIDE TAB 1 MG	Nivel 1		X		
GLIMEPIRIDE TAB 2MG	GLIMEPIRIDE TAB 2 MG	Nivel 1		X		
GLIMEPIRIDE TAB 4MG	GLIMEPIRIDE TAB 4 MG	Nivel 1		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5-250	GLIPIZIDE-METFORMIN HCL TAB 2.5-250 MG	Nivel 3		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5- 250M	GLIPIZIDE-METFORMIN HCL TAB 2.5-250 MG	Nivel 3		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5-500	GLIPIZIDE-METFORMIN HCL TAB 2.5-500 MG	Nivel 3		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5- 500M	GLIPIZIDE-METFORMIN HCL TAB 2.5-500 MG	Nivel 3		X		
GLIP/METFORM TAB 5-500MG	GLIPIZIDE-METFORMIN HCL TAB 5-500 MG	Nivel 3		X		
GLIPIZIDE ER TAB 10MG	GLIPIZIDE TAB ER 24HR 10 MG	Nivel 1		X		
GLIPIZIDE ER TAB 2.5MG	GLIPIZIDE TAB ER 24HR 2.5 MG	Nivel 1		X		
GLIPIZIDE ER TAB 5MG	GLIPIZIDE TAB ER 24HR 5 MG	Nivel 1		X		
GLIPIZIDE TAB 10MG	GLIPIZIDE TAB 10 MG	Nivel 1		X		
GLIPIZIDE TAB 2.5MG	GLIPIZIDE TAB 2.5 MG	Nivel 1		X		
GLIPIZIDE TAB 5MG	GLIPIZIDE TAB 5 MG	Nivel 1		X		
GLUCAGON EMR SOL 1MG	GLUCAGON HCL FOR INJ 1 MG	Nivel 1		X		
GLUCAGON KIT 1MG	GLUCAGON (RDNA) FOR INJ KIT 1 MG	Nivel 1		X		
GLUCAGON KIT 1MG	GLUCAGON (RDNA) FOR INJ KIT 1 MG	Nivel 1		X		
GLYB/METFORM TAB 1.25-250	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 1.25- 250 MG	Nivel 2		X		
GLYB/METFORM TAB 2.5-500	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 2.5-500 MG	Nivel 2		X		
GLYB/METFORM TAB 5-500MG	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 5-500 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
GLYBURID MCR TAB 1.5MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 1.5 MG	Nivel 2		X		
GLYBURID MCR TAB 3MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 3 MG	Nivel 2		X		
GLYBURID MCR TAB 6MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 6 MG	Nivel 2		X		
GLYBURIDE TAB 1.25MG	GLYBURIDE TAB 1.25 MG	Nivel 2		X		
GLYBURIDE TAB 2.5MG	GLYBURIDE TAB 2.5 MG	Nivel 2		X		
GLYBURIDE TAB 5MG	GLYBURIDE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
GVOKE HYPO 1 INJ 0.5/.1ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG / 0.1ML	Nivel 1		X		
GVOKE HYPO 1 INJ 1MG/.2ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG / 0.2ML	Nivel 1		X		
GVOKE HYPO 2 INJ 0.5/.1ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG / 0.1ML	Nivel 1		X		
GVOKE HYPO 2 INJ 1MG/.2ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG / 0.2ML	Nivel 1		X		
GVOKE KIT SOL 1MG/0.2M	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN 1 MG / 0.2ML	Nivel 1		X		
GVOKE PFS INJ	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYRINGE 0.5 MG / 0.1ML	Nivel 1		X		
GVOKE PFS INJ	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYRINGE 1 MG / 0.2ML	Nivel 1		X		
HUMALOG INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN CARTRIDGE 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
HUMALOG JR INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML (0.5 UNIT DIAL)	Nivel 1		X		
HUMALOG KWIK INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML (1 UNIT DIAL)	Nivel 1		X		
HUMALOG KWIK INJ 200/ ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT / ML	Nivel 1		X		
HUMALOG MIX INJ 50/50	INSULIN LISPRO PROTAMINE & LISPRO INJ 100 UNIT / ML (50-50)	Nivel 1		X		
HUMALOG MIX INJ 50/50KWP	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT / ML (50-50)	Nivel 1		X		
HUMALOG MIX INJ 75/25KWP	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT / ML (75-25)	Nivel 1		X		
HUMALOG MIX SUS 75/25	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO INJ 100 UNIT / ML (75-25)	Nivel 1		X		
HUMULIN INJ 70/30	INSULIN NPH ISOPHANE & REGULAR HUMAN INJ 100 UNIT / ML (70-30)	Nivel 1		X		
HUMULIN INJ 70/30KWP	INSULIN NPH & REGULAR SUSP PEN-INJ 100 UNIT / ML (70-30)	Nivel 1		X		
HUMULIN N INJ U-100	INSULIN NPH (HUMAN) (ISOPHANE) INJ 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
HUMULIN N INJ U-100KWP	INSULIN NPH (HUMAN) (ISOPHANE) SUSP PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
HUMULIN R INJ U-100	INSULIN REGULAR (HUMAN) INJ 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
HUMULIN R INJ U-500	INSULIN REGULAR (HUMAN) INJ 500 UNIT / ML	Nivel 1		X		
HUMULIN R INJ U-500	INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLN PEN-INJECTOR 500 UNIT / ML	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
INS DEGL FLX INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
INS DEGL FLX INJ 200UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT / ML	Nivel 1		X		
INSULIN ASPA INJ 70/30	INSULIN ASPART PROT & ASPART (HUMAN) INJ 100 UNIT / ML (70-30)	Nivel 1		X		
INSULIN DEGL INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC INJ 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
INSULIN LISP INJ 100/ ML	INSULIN LISPRO INJ SOLN 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
INSULIN LISP INJ 100/ ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML (1 UNIT DIAL)	Nivel 1		X		
INSULIN LISP INJ JUNIOR	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML (0.5 UNIT DIAL)	Nivel 1		X		
INSULIN LISP INJ PROT-AMIN	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT / ML (75-25)	Nivel 1		X		
JARDIANCE TAB 10MG	EMPAGLIFLOZIN TAB 10 MG	Nivel 3		X		
JARDIANCE TAB 25MG	EMPAGLIFLOZIN TAB 25 MG	Nivel 3		X		
LEVEMIR INJ	INSULIN DETEMIR INJ 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
LEVEMIR INJ FLEXPEN	INSULIN DETEMIR SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
METFORMIN SOL 500/5ML	METFORMIN HCL ORAL SOLN 500 MG / 5ML	Nivel 3		X		
METFORMIN TAB 1000MG	METFORMIN HCL TAB 1000 MG	Nivel 1		X		
METFORMIN TAB 500MG	METFORMIN HCL TAB 500 MG	Nivel 1		X		
METFORMIN TAB 500MG ER	METFORMIN HCL TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 1		X		
METFORMIN TAB 750MG ER	METFORMIN HCL TAB ER 24HR 750 MG	Nivel 1		X		
METFORMIN TAB 850MG	METFORMIN HCL TAB 850 MG	Nivel 1		X		
MIGLITOL TAB 100MG	MIGLITOL TAB 100 MG	Nivel 3		X		
MIGLITOL TAB 25MG	MIGLITOL TAB 25 MG	Nivel 3		X		
MIGLITOL TAB 50MG	MIGLITOL TAB 50 MG	Nivel 3		X		
MOUNJARO INJ 10MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 10 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 12.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 12.5 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 15MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 15 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 2.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 2.5 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 5MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 5 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
MOUNJARO INJ 7.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 7.5 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
NATEGLINIDE TAB 120MG	NATEGLINIDE TAB 120 MG	Nivel 3		X		
NATEGLINIDE TAB 60MG	NATEGLINIDE TAB 60 MG	Nivel 3		X		
NOVOLOG INJ FLEX REL	INSULIN ASPART SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NOVOLOG INJ FLEXPEN	INSULIN ASPART SOLN PEN-INJEC- TOR 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
NOVOLOG INJ PENFILL	INSULIN ASPART SOLN CARTRIDGE 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
NOVOLOG MIX INJ 70/30	INSULIN ASPART PROT & ASPART (HUMAN) INJ 100 UNIT / ML (70-30)	Nivel 1		X		
NOVOLOG MIX INJ FLEX REL	INSULIN ASPART PROT & ASPART SUS PEN-INJ 100 UNIT / ML (70-30)	Nivel 1		X		
NOVOLOG MIX INJ FL- EXPEN	INSULIN ASPART PROT & ASPART SUS PEN-INJ 100 UNIT / ML (70-30)	Nivel 1		X		
NOVOLOG RELI INJ 70/30	INSULIN ASPART PROT & ASPART (HUMAN) INJ 100 UNIT / ML (70-30)	Nivel 1		X		
OZEMPIC INJ 2MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 0.25 OR 0.5 MG / DOSE (2 MG / 3ML)	Nivel 3	X	X		
OZEMPIC INJ 4MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 1 MG / DOSE (4 MG / 3ML)	Nivel 3	X	X		
OZEMPIC INJ 8MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 2 MG / DOSE (8 MG / 3ML)	Nivel 3	X	X		
PIOGLITA/MET TAB 15- 500MG	PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TAB 15-500 MG	Nivel 3		X		
PIOGLITA/MET TAB 15- 850MG	PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TAB 15-850 MG	Nivel 3		X		
PIOGLITAZONE TAB 15MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 15 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
PIOGLITAZONE TAB 30MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 30 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
PIOGLITAZONE TAB 45MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 45 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
REPAGLINIDE TAB 0.5MG	REPAGLINIDE TAB 0.5 MG	Nivel 2		X		
REPAGLINIDE TAB 1MG	REPAGLINIDE TAB 1 MG	Nivel 2		X		
REPAGLINIDE TAB 2MG	REPAGLINIDE TAB 2 MG	Nivel 2		X		
REZVOGLAR INJ 100UT/ ML	INSULIN GLARGINE-AGLR SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
RYBELSUS TAB 14MG	SEMAGLUTIDE TAB 14 MG	Nivel 3	X	X		
RYBELSUS TAB 3MG	SEMAGLUTIDE TAB 3 MG	Nivel 3	X	X		
RYBELSUS TAB 7MG	SEMAGLUTIDE TAB 7 MG	Nivel 3	X	X		
SAXAGLIPTIN TAB 2.5MG	SAXAGLIPTIN HCL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
SAXAGLIPTIN TAB 5MG	SAXAGLIPTIN HCL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
SOLIQUA INJ 100/33	INSULIN GLARGINE-LIXISENATIDE SOL PEN-INJ 100-33 UNIT-MCG / ML	Nivel 3		X		
SYNJARDY TAB	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 12.5-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY TAB 12.5-500	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 12.5-500 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY TAB 5-1000MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 5-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY TAB 5-500MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 5-500 MG	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SYNJARDY XR TAB	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 12.5-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY XR TAB 10- 1000	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 10-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY XR TAB 25- 1000	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 25-1000 MG	Nivel 3		X		
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-1000 MG	Nivel 3		X		
TRESIBA FLEX INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-IN- JECTOR 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-IN- JECTOR 200 UNIT / ML	Nivel 1		X		
TRESIBA INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC INJ 100 UNIT / ML	Nivel 1		X		
TRULICITY INJ 0.75/0.5	DULAGLUTIDE SOLN AUTO-INJEC- TOR 0.75 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
TRULICITY INJ 1.5/0.5	DULAGLUTIDE SOLN AUTO-INJEC- TOR 1.5 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
TRULICITY INJ 3/0.5	DULAGLUTIDE SOLN AUTO-INJEC- TOR 3 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
TRULICITY INJ 4.5/0.5	DULAGLUTIDE SOLN AUTO-INJEC- TOR 4.5 MG / 0.5ML	Nivel 3	X	X		
XIGDUO XR TAB 10-1000	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 10-1000 MG	Nivel 3		X		
XIGDUO XR TAB 10- 500MG	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 10-500 MG	Nivel 3		X		
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 2.5-1000 MG	Nivel 3		X		
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-1000 MG	Nivel 3		X		
XIGDUO XR TAB 5-500MG	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-500 MG	Nivel 3		X		
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	DASIGLUCAGON HCL SUBCUTANE- OUS SOLN AUTO-INJ 0.6 MG / 0.6ML	Nivel 1		X		
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	DASIGLUCAGON HCL SUBCUTANE- OUS SOLN PREF SYRINGE 0.6 MG / 0.6ML	Nivel 1		X		
Blood Products/Modifiers/Volume Expanders						
AMINOCAPR AC TAB 1000MG	AMINOCAPROIC ACID TAB 1000 MG	Nivel 3				
AMINOCAPR AC TAB 500MG	AMINOCAPROIC ACID TAB 500 MG	Nivel 3				
AMINOCAPROIC SOL 0.25/ML	AMINOCAPROIC ACID ORAL SOLN 0.25 GM / ML	Nivel 3				
ANAGRELIDE CAP 0.5MG	ANAGRELIDE HCL CAP 0.5 MG	Nivel 3				
ANAGRELIDE CAP 1MG	ANAGRELIDE HCL CAP 1 MG	Nivel 3				
ARANESP INJ 100MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 100 MCG / ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 100MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE- FILLED SYRINGE 100 MCG / 0.5ML	Nivel 4		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ARANESP INJ 10MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 10 MCG / 0.4ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 150MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 150 MCG / 0.3ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 200MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 200 MCG / ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 200MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 200 MCG / 0.4ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 25MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 25 MCG / ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 25MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 25 MCG / 0.42ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 300MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 300 MCG / 0.6ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 40MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 40 MCG / ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 40MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 40 MCG / 0.4ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 500MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 500 MCG / ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 60MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 60 MCG / ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 60MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 60 MCG / 0.3ML	Nivel 4		X		
ASA/DIPYRIDA CAP 25-200MG	ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE CAP ER 12HR 25-200 MG	Nivel 3		X		
CILOSTAZOL TAB 100MG	CILOSTAZOL TAB 100 MG	Nivel 2				
CILOSTAZOL TAB 50MG	CILOSTAZOL TAB 50 MG	Nivel 2				
CLOPIDOGREL TAB 300MG	CLOPIDOGREL BISULFATE TAB 300 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
CLOPIDOGREL TAB 75MG	CLOPIDOGREL BISULFATE TAB 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
DABIGATRAN CAP 110MG	DABIGATRAN ETEXILATE MESYLATE CAP 110 MG (ETEXILATE BASE EQ)	Nivel 3		X		
DABIGATRAN CAP 150MG	DABIGATRAN ETEXILATE MESYLATE CAP 150 MG (ETEXILATE BASE EQ)	Nivel 3		X		
DABIGATRAN CAP 75MG	DABIGATRAN ETEXILATE MESYLATE CAP 75 MG (ETEXILATE BASE EQ)	Nivel 3		X		
DIPYRIDAMOLE TAB 25MG	DIPYRIDAMOLE TAB 25 MG	Nivel 2				
DIPYRIDAMOLE TAB 50MG	DIPYRIDAMOLE TAB 50 MG	Nivel 2				
DIPYRIDAMOLE TAB 75MG	DIPYRIDAMOLE TAB 75 MG	Nivel 2				
ELIQUIS ST P TAB 5MG	APIXABAN TAB STARTER PACK 5 MG	Nivel 3		X		
ELIQUIS TAB 2.5MG	APIXABAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
ELIQUIS TAB 5MG	APIXABAN TAB 5 MG	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 100MG/ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 100 MG / ML	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ENOXAPARIN INJ 120/0.8	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 120 MG / 0.8ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 150MG/ ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 150 MG / ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 30/0.3ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 30 MG / 0.3ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 300/3ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ 300 MG / 3ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 40/0.4ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 40 MG / 0.4ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 60/0.6ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 60 MG / 0.6ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 80/0.8ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 80 MG / 0.8ML	Nivel 3		X		
ENOXAPARIN INJ 80MG/0.8	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 80 MG / 0.8ML	Nivel 3		X		
FONDAPARINUX INJ 10/0.8ML	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 10 MG / 0.8ML	Nivel 3		X		
FONDAPARINUX INJ 2.5/0.5	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 2.5 MG / 0.5ML	Nivel 3		X		
FONDAPARINUX INJ 5/0.4ML	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 5 MG / 0.4ML	Nivel 3		X		
FONDAPARINUX INJ 7.5/0.6	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 7.5 MG / 0.6ML	Nivel 3		X		
HEPARIN SOD INJ 1000/ ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 1000 UNIT / ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 10000/10	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 1000 UNIT / ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 10000/ ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 10000 UNIT / ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 2000/2ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJ 1000 UNIT / ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 20000/ ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 20000 UNIT / ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 30000/30	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 1000 UNIT / ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJ 5000 UNIT / 0.5ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ SOLN PREF SYR 5000 UNIT / 0.5ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 5000/ ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 5000 UNIT / ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 5000/ ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJ 5000 UNIT / ML	Nivel 2				
HEPARIN SOD INJ 50000/10	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 5000 UNIT / ML	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 10MG	WARFARIN SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 1MG	WARFARIN SODIUM TAB 1 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 2.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 2.5 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 2MG	WARFARIN SODIUM TAB 2 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
JANTOVEN TAB 3MG	WARFARIN SODIUM TAB 3 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 4MG	WARFARIN SODIUM TAB 4 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 5MG	WARFARIN SODIUM TAB 5 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 6MG	WARFARIN SODIUM TAB 6 MG	Nivel 2				
JANTOVEN TAB 75MG	WARFARIN SODIUM TAB 75 MG	Nivel 2				
NEULASTA INJ 6MG/0.6M	PEGFILGRASTIM SOLN PREFILLED SYRINGE 6 MG / 0.6ML	Nivel 4				
NEULASTA KIT 6MG/0.6M	PEGFILGRASTIM SOLN PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG / 0.6ML	Nivel 4				
PLERIXAFOR INJ 24/1.2ML	PLERIXAFOR SUBCUTANEOUS INJ 24 MG / 1.2ML (20 MG / ML)	Nivel 6				
PRASUGREL TAB 10MG	PRASUGREL HCL TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PRASUGREL TAB 5MG	PRASUGREL HCL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
RECOTHROM SOL 20000UNT	THROMBIN (RECOMBINANT) FOR SOLN 20000 UNIT	Nivel 5				
RECOTHROM SOL 5000UNIT	THROMBIN (RECOMBINANT) FOR SOLN 5000 UNIT	Nivel 5				
RETACRIT INJ 10000UNT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 10000 UNIT / ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 20000UNI	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 20000 UNIT / ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 2000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 2000 UNIT / ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 3000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 3000 UNIT / ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 40000UNT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 40000 UNIT / ML	Nivel 4		X		
RETACRIT INJ 4000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 4000 UNIT / ML	Nivel 4		X		
RIVAROXABAN TAB 2.5MG	RIVAROXABAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
THROMBIN KIT 5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN KIT 5000 UNIT	Nivel 5				
THROMBIN-JMI KIT 20000UNT	THROMBIN FOR SOLN KIT 20000 UNIT	Nivel 5				
THROMBIN-JMI KIT 5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN KIT 5000 UNIT	Nivel 5				
THROMBIN-JMI SOL 20000UNT	THROMBIN FOR SOLN 20000 UNIT	Nivel 5				
THROMBIN-JMI SOL 5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN 5000 UNIT	Nivel 5				
TICAGRELOR TAB 90MG	TICAGRELOR TAB 90 MG	Nivel 3		X		
TRANEX ACID TAB 650MG	TRANEXAMIC ACID TAB 650 MG	Nivel 3		X		
WARFARIN TAB 10MG	WARFARIN SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 1MG	WARFARIN SODIUM TAB 1 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 2.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 2.5 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 2MG	WARFARIN SODIUM TAB 2 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 3MG	WARFARIN SODIUM TAB 3 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 4MG	WARFARIN SODIUM TAB 4 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
WARFARIN TAB 5MG	WARFARIN SODIUM TAB 5 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 6MG	WARFARIN SODIUM TAB 6 MG	Nivel 2				
WARFARIN TAB 7.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 7.5 MG	Nivel 2				
XARELTO STAR TAB 15/20MG	RIVAROXABAN TAB STARTER THERAPY PACK 15 MG & 20 MG	Nivel 3		X		
XARELTO TAB 10MG	RIVAROXABAN TAB 10 MG	Nivel 3		X		
XARELTO TAB 15MG	RIVAROXABAN TAB 15 MG	Nivel 3		X		
XARELTO TAB 20MG	RIVAROXABAN TAB 20 MG	Nivel 3		X		
YOSPRALA TAB 325-40MG	ASPIRIN-OMEPRazole TAB DELAYED RELEASE 325-40 MG	Nivel 3		X		
YOSPRALA TAB 81-40MG	ASPIRIN-OMEPRazole TAB DELAYED RELEASE 81-40 MG	Nivel 3		X		
ZARXIO INJ 300/0.5	FILGRASTIM-SNDZ SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MCG / 0.5ML	Nivel 4				
ZARXIO INJ 480/0.8	FILGRASTIM-SNDZ SOLN PREFILLED SYRINGE 480 MCG / 0.8ML	Nivel 4				
Cardiovascular Agents						
ACEBUTOLOL CAP 200MG	ACEBUTOLOL HCL CAP 200 MG	Nivel 2				
ACEBUTOLOL CAP 400MG	ACEBUTOLOL HCL CAP 400 MG	Nivel 2				
ACETAZOLAMID CAP 500MG ER	ACETAZOLAMIDE CAP ER 12HR 500 MG	Nivel 3				
ACETAZOLAMID TAB 125MG	ACETAZOLAMIDE TAB 125 MG	Nivel 3				
ACETAZOLAMID TAB 250MG	ACETAZOLAMIDE TAB 250 MG	Nivel 3				
AMILOR/HCTZ TAB 5-50	AMILORIDE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-50 MG	Nivel 2				
AMILORIDE TAB 5MG	AMILORIDE HCL TAB 5 MG	Nivel 2				
AMIODARONE TAB 100MG	AMIODARONE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
AMIODARONE TAB 200MG	AMIODARONE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
AMIODARONE TAB 400MG	AMIODARONE HCL TAB 400 MG	Nivel 2				
AMLOD/BENAZP CAP 10-20MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 10-20 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 10-40MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 10-40 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 2.5-10MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 2.5-10 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-10MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-10 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-20MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-20 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-40MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-40 MG	Nivel 2		X		
AMLOD/VALSAR TAB 10-160MG	AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TAB 10-160 MG	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
AMLOD/VALSAR TAB 10-320MG	AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TAB 10-320 MG	Nivel 3		X		
AMLOD/VALSAR TAB 5-160MG	AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TAB 5-160 MG	Nivel 3		X		
AMLOD/VALSAR TAB 5-320MG	AMLODIPINE BESYLATE-VALSARTAN TAB 5-320 MG	Nivel 3		X		
AMLODIPINE TAB 10MG	AMLODIPINE BESYLATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
AMLODIPINE TAB 2.5MG	AMLODIPINE BESYLATE TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
AMLODIPINE TAB 5MG	AMLODIPINE BESYLATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
ATENOL/CHLOR TAB 100-25MG	ATENOLOL & CHLORTHALIDONE TAB 100-25 MG	Nivel 2				
ATENOL/CHLOR TAB 50-25MG	ATENOLOL & CHLORTHALIDONE TAB 50-25 MG	Nivel 2				
ATENOLOL TAB 100MG	ATENOLOL TAB 100 MG	Nivel 2				
ATENOLOL TAB 25MG	ATENOLOL TAB 25 MG	Nivel 2				
ATENOLOL TAB 50MG	ATENOLOL TAB 50 MG	Nivel 2				
ATORVASTATIN TAB 10MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
ATORVASTATIN TAB 20MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
ATORVASTATIN TAB 40MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
ATORVASTATIN TAB 80MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 80 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
BENAZEPRIL/HCTZ TAB 10-12.5	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 3		X		
BENAZEPRIL/HCTZ TAB 20-12.5	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 3		X		
BENAZEPRIL/HCTZ TAB 20-25MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	Nivel 3		X		
BENAZEPRIL/HCTZ TAB 5-6.25MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25 MG	Nivel 3		X		
BENAZEPRIL TAB 10MG	BENAZEPRIL HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
BENAZEPRIL TAB 20MG	BENAZEPRIL HCL TAB 20 MG	Nivel 2		X		
BENAZEPRIL TAB 40MG	BENAZEPRIL HCL TAB 40 MG	Nivel 2		X		
BENAZEPRIL TAB 5MG	BENAZEPRIL HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
BETAXOLOL TAB 10MG	BETAXOLOL HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
BETAXOLOL TAB 20MG	BETAXOLOL HCL TAB 20 MG	Nivel 2				
BISOPRL/HCTZ TAB 10/6.25	BISOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-6.25 MG	Nivel 2		X		
BISOPRL/HCTZ TAB 2.5/6.25	BISOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 2.5-6.25 MG	Nivel 2		X		
BISOPRL/HCTZ TAB 5-6.25MG	BISOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25 MG	Nivel 2		X		
BISOPROL FUM TAB 10MG	BISOPROLOL FUMARATE TAB 10 MG	Nivel 2				
BISOPROL FUM TAB 5MG	BISOPROLOL FUMARATE TAB 5 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
BUMETANIDE TAB 0.5MG	BUMETANIDE TAB 0.5 MG	Nivel 2				
BUMETANIDE TAB 1MG	BUMETANIDE TAB 1 MG	Nivel 2				
BUMETANIDE TAB 2MG	BUMETANIDE TAB 2 MG	Nivel 2				
CANDESA/HCTZ TAB 16-12.5	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDRO-CHLOROTHIAZIDE TAB 16-12.5 MG	Nivel 3		X		
CANDESA/HCTZ TAB 32-12.5	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDRO-CHLOROTHIAZIDE TAB 32-12.5 MG	Nivel 3		X		
CANDESA/HCTZ TAB 32-25MG	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDRO-CHLOROTHIAZIDE TAB 32-25 MG	Nivel 3		X		
CANDESARTAN TAB 16MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 16 MG	Nivel 3		X		
CANDESARTAN TAB 32MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 32 MG	Nivel 3		X		
CANDESARTAN TAB 4MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 4 MG	Nivel 3		X		
CANDESARTAN TAB 8MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 8 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-15MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-15 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-25MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-25 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-15MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-15 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-25MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-25 MG	Nivel 3		X		
CAPTOPRIL TAB 100MG	CAPTOPRIL TAB 100 MG	Nivel 2		X		
CAPTOPRIL TAB 12.5MG	CAPTOPRIL TAB 12.5 MG	Nivel 2		X		
CAPTOPRIL TAB 25MG	CAPTOPRIL TAB 25 MG	Nivel 2		X		
CAPTOPRIL TAB 50MG	CAPTOPRIL TAB 50 MG	Nivel 2		X		
CARTIA XT CAP 120/24HR	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
CARTIA XT CAP 180/24HR	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
CARTIA XT CAP 240/24HR	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
CARTIA XT CAP 300/24HR	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
CARVEDILOL TAB 12.5MG	CARVEDILOL TAB 12.5 MG	Nivel 1				
CARVEDILOL TAB 25MG	CARVEDILOL TAB 25 MG	Nivel 1				
CARVEDILOL TAB 3.125MG	CARVEDILOL TAB 3.125 MG	Nivel 1				
CARVEDILOL TAB 6.25MG	CARVEDILOL TAB 6.25 MG	Nivel 1				
CHLORTHALID TAB 25MG	CHLORTHALIDONE TAB 25 MG	Nivel 2				
CHLORTHALID TAB 50MG	CHLORTHALIDONE TAB 50 MG	Nivel 2				
CHOLESTYRAM POW 4GM	CHOLESTYRAMINE POWDER 4 GM / DOSE	Nivel 3				
CHOLESTYRAM POW 4GM	CHOLESTYRAMINE POWDER PACKETS 4 GM	Nivel 3				
CHOLESTYRAM POW 4GM LITE	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER 4 GM / DOSE	Nivel 3				
CHOLESTYRAM POW 4GM LITE	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER PACKETS 4 GM	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CLONIDINE DIS 0.1/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.1 MG / 24HR	Nivel 3				BH*
CLONIDINE DIS 0.2/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.2 MG / 24HR	Nivel 3				BH*
CLONIDINE DIS 0.3/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.3 MG / 24HR	Nivel 3				BH*
CLONIDINE TAB 0.1MG	CLONIDINE HCL TAB 0.1 MG	Nivel 2				BH*
CLONIDINE TAB 0.2MG	CLONIDINE HCL TAB 0.2 MG	Nivel 2				BH*
CLONIDINE TAB 0.3MG	CLONIDINE HCL TAB 0.3 MG	Nivel 2				BH*
COLESEVELAM PAK 3.75GM	COLESEVELAM HCL PACKET FOR SUSP 3.75 GM	Nivel 3				
COLESEVELAM TAB 625MG	COLESEVELAM HCL TAB 625 MG	Nivel 3				
COLESTIPOL GRA 5GM	COLESTIPOL HCL GRANULES 5 GM	Nivel 3				
COLESTIPOL GRA 5GM	COLESTIPOL HCL GRANULE PACKETS 5 GM	Nivel 3				
COLESTIPOL TAB 1GM	COLESTIPOL HCL TAB 1 GM	Nivel 2				
CORLANOR SOL 5MG/5ML	IVABRADINE HCL ORAL SOLN 5 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 5	X	X		
DIGOXIN SOL 50MCG/ML	DIGOXIN ORAL SOLN 0.05 MG / ML	Nivel 3				
DIGOXIN TAB 0.0625MG	DIGOXIN TAB 62.5 MCG (0.0625 MG)	Nivel 3				
DIGOXIN TAB 0.125MG	DIGOXIN TAB 125 MCG (0.125 MG)	Nivel 2				
DIGOXIN TAB 0.25MG	DIGOXIN TAB 250 MCG (0.25 MG)	Nivel 2				
DILT-XR CAP 120MG	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILT-XR CAP 180MG	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILT-XR CAP 240MG	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 120 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 180MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 180MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 240MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 240MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 300MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 300MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DILTIAZEM CAP 360MG CD	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 360MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 360MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 420MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 420 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 60MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 60 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM CAP 90MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 90 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM ER TAB 180MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 180 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM ER TAB 240MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM ER TAB 300MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM ER TAB 360MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 360 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM ER TAB 420MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 420 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM TAB 120MG	DILTIAZEM HCL TAB 120 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 120MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 120 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM TAB 240MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM TAB 300MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM TAB 30MG	DILTIAZEM HCL TAB 30 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 360MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 360 MG	Nivel 3				
DILTIAZEM TAB 60MG	DILTIAZEM HCL TAB 60 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM TAB 90MG	DILTIAZEM HCL TAB 90 MG	Nivel 2				
DISOPYRAMIDE CAP 100MG	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP 100 MG	Nivel 3				
DISOPYRAMIDE CAP 150MG	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP 150 MG	Nivel 3				
DIURIL SUS 250/5ML	CHLOROTHIAZIDE SUSP 250 MG / 5ML	Nivel 3				
DOFETILIDE CAP 125MCG	DOFETILIDE CAP 125 MCG (0.125 MG)	Nivel 3		X		
DOFETILIDE CAP 250MCG	DOFETILIDE CAP 250 MCG (0.25 MG)	Nivel 3		X		
DOFETILIDE CAP 500MCG	DOFETILIDE CAP 500 MCG (0.5 MG)	Nivel 3		X		
DOXAZOSIN TAB 1MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 1 MG	Nivel 2				
DOXAZOSIN TAB 2MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 2 MG	Nivel 2				
DOXAZOSIN TAB 4MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 4 MG	Nivel 2				
DOXAZOSIN TAB 8MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 8 MG	Nivel 2				
ENALAPR/HCTZ TAB 10-25MG	ENALAPRIL MALEATE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-25 MG	Nivel 2		X		
ENALAPR/HCTZ TAB 5-12.5MG	ENALAPRIL MALEATE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-12.5 MG	Nivel 2		X		
ENALAPRIL TAB 10MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 10 MG	Nivel 2		X		
ENALAPRIL TAB 2.5MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 2.5 MG	Nivel 2		X		
ENALAPRIL TAB 20MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 20 MG	Nivel 2		X		
ENALAPRIL TAB 5MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
ENTRESTO CAP 15-16MG	SACUBITRIL-VALSARTAN SPRINKLE CAP 15-16 MG	Nivel 5	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ENTRESTO CAP 6-6MG	SACUBITRIL-VALSARTAN SPRINKLE CAP 6-6 MG	Nivel 5	X	X		
EPLERENONE TAB 25MG	EPLERENONE TAB 25 MG	Nivel 3				
EPLERENONE TAB 50MG	EPLERENONE TAB 50 MG	Nivel 3				
ETHACRYNIC TAB ACD 25MG	ETHACRYNIC ACID TAB 25 MG	Nivel 3				
EZETIM/SIMVA TAB 10-10MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-10 MG	Nivel 3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-20MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-20 MG	Nivel 3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-40MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-40 MG	Nivel 3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-80MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-80 MG	Nivel 3		X		
EZETIMIBE TAB 10MG	EZETIMIBE TAB 10 MG	Nivel 2		X		
FELODIPINE TAB 10MG ER	FELODIPINE TAB ER 24HR 10 MG	Nivel 2				
FELODIPINE TAB 2.5MG ER	FELODIPINE TAB ER 24HR 2.5 MG	Nivel 2				
FELODIPINE TAB 5MG ER	FELODIPINE TAB ER 24HR 5 MG	Nivel 2				
FENOFIBRATE CAP 134MG	FENOFIBRATE MICRONIZED CAP 134 MG	Nivel 2				
FENOFIBRATE CAP 200MG	FENOFIBRATE MICRONIZED CAP 200 MG	Nivel 2				
FENOFIBRATE CAP 67MG	FENOFIBRATE MICRONIZED CAP 67 MG	Nivel 2				
FENOFIBRATE TAB 145MG	FENOFIBRATE TAB 145 MG	Nivel 2				
FENOFIBRATE TAB 160MG	FENOFIBRATE TAB 160 MG	Nivel 2				
FENOFIBRATE TAB 48MG	FENOFIBRATE TAB 48 MG	Nivel 2				
FENOFIBRATE TAB 54MG	FENOFIBRATE TAB 54 MG	Nivel 2				
FLECAINIDE TAB 100MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 100 MG	Nivel 2				
FLECAINIDE TAB 150MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 150 MG	Nivel 2				
FLECAINIDE TAB 50MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 50 MG	Nivel 2				
FLUVASTATIN CAP 20MG	FLUVASTATIN SODIUM CAP 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		\$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años una vez que su proveedor de atención médica confirme su riesgo de enfermedad cardiovascular.

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
FLUVASTATIN CAP 40MG	FLUVASTATIN SODIUM CAP 40 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		\$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años una vez que su proveedor de atención médica confirme su riesgo de enfermedad cardiovascular.
FOSINOP/HCTZ TAB 10/12.5	FOSINOPRIL SODIUM & HYDRO- CHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 3		X		
FOSINOP/HCTZ TAB 20/12.5	FOSINOPRIL SODIUM & HYDRO- CHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 3		X		
FOSINOPRIL TAB 10MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2		X		
FOSINOPRIL TAB 20MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 20 MG	Nivel 2		X		
FOSINOPRIL TAB 40MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 40 MG	Nivel 2		X		
FUROSEMIDE SOL 10MG/ ML	FUROSEMIDE ORAL SOLN 10 MG / ML	Nivel 2				
FUROSEMIDE SOL 40MG/5ML	FUROSEMIDE ORAL SOLN 8 MG / ML	Nivel 2				
FUROSEMIDE TAB 20MG	FUROSEMIDE TAB 20 MG	Nivel 1				
FUROSEMIDE TAB 40MG	FUROSEMIDE TAB 40 MG	Nivel 1				
FUROSEMIDE TAB 80MG	FUROSEMIDE TAB 80 MG	Nivel 1				
GEMFIBROZIL TAB 600MG	GEMFIBROZIL TAB 600 MG	Nivel 2				
GUANFACINE TAB 1MG	GUANFACINE HCL TAB 1 MG	Nivel 2		X		BH*
GUANFACINE TAB 2MG	GUANFACINE HCL TAB 2 MG	Nivel 2		X		BH*
HYDRALAZINE TAB 100MG	HYDRALAZINE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
HYDRALAZINE TAB 10MG	HYDRALAZINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
HYDRALAZINE TAB 25MG	HYDRALAZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 2				
HYDRALAZINE TAB 50MG	HYDRALAZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 2				
HYDROCHLOROT CAP 12.5MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE CAP 12.5 MG	Nivel 1				
HYDROCHLOROT TAB 12.5MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 12.5 MG	Nivel 1				
HYDROCHLOROT TAB 25MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25 MG	Nivel 1				
HYDROCHLOROT TAB 50MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50 MG	Nivel 1				
ICOSAPENT CAP 0.5GM	ICOSAPENT ETHYL CAP 0.5 GM	Nivel 3	X			
ICOSAPENT CAP 1GM	ICOSAPENT ETHYL CAP 1 GM	Nivel 3	X			
INDAPAMIDE TAB 1.25MG	INDAPAMIDE TAB 1.25 MG	Nivel 2				
INDAPAMIDE TAB 2.5MG	INDAPAMIDE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
IRBESAR/HCTZ TAB 150- 12.5	IRBESARTAN-HYDROCHLOROTHIA- ZIDE TAB 150-12.5 MG	Nivel 2		X		
IRBESAR/HCTZ TAB 300- 12.5	IRBESARTAN-HYDROCHLOROTHIA- ZIDE TAB 300-12.5 MG	Nivel 2		X		
IRBESARTAN TAB 150MG	IRBESARTAN TAB 150 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
IRBESARTAN TAB 300MG	IRBESARTAN TAB 300 MG	Nivel 2		X		
IRBESARTAN TAB 75MG	IRBESARTAN TAB 75 MG	Nivel 2		X		
ISOSO/HYDRAL TAB 20-375	ISOSORBIDE DINITRATE-HYDRALAZINE HCL TAB 20-375 MG	Nivel 3		X		
ISOSORB DIN TAB 10MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 10 MG	Nivel 2				
ISOSORB DIN TAB 20MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 20 MG	Nivel 2				
ISOSORB DIN TAB 30MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 30 MG	Nivel 2				
ISOSORB DIN TAB 5MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 5 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 10MG	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB 10 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 120MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 20MG	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB 20 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 30MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 2				
ISOSORB MONO TAB 60MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER 24HR 60 MG	Nivel 2				
ISRADIPINE CAP 2.5MG	ISRADIPINE CAP 2.5 MG	Nivel 2				
ISRADIPINE CAP 5MG	ISRADIPINE CAP 5 MG	Nivel 2				
IVABRADINE TAB 5MG	IVABRADINE HCL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
IVABRADINE TAB 75MG	IVABRADINE HCL TAB 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
LABETALOL TAB 100MG	LABETALOL HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
LABETALOL TAB 200MG	LABETALOL HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
LABETALOL TAB 300MG	LABETALOL HCL TAB 300 MG	Nivel 2				
LABETALOL TAB 400MG	LABETALOL HCL TAB 400 MG	Nivel 2				
LISINOP/HCTZ TAB 10-12.5	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 1		X		
LISINOP/HCTZ TAB 20-12.5	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 1		X		
LISINOP/HCTZ TAB 20-25MG	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	Nivel 1		X		
LISINOPRIL TAB 10MG	LISINOPRIL TAB 10 MG	Nivel 1		X		
LISINOPRIL TAB 2.5MG	LISINOPRIL TAB 2.5 MG	Nivel 1		X		
LISINOPRIL TAB 20MG	LISINOPRIL TAB 20 MG	Nivel 1		X		
LISINOPRIL TAB 30MG	LISINOPRIL TAB 30 MG	Nivel 1		X		
LISINOPRIL TAB 40MG	LISINOPRIL TAB 40 MG	Nivel 1		X		
LISINOPRIL TAB 5MG	LISINOPRIL TAB 5 MG	Nivel 1		X		
LOSARTAN POT TAB 100MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 100 MG	Nivel 1		X		
LOSARTAN POT TAB 25MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 25 MG	Nivel 1		X		
LOSARTAN POT TAB 50MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 50 MG	Nivel 1		X		
LOSARTAN/HCT TAB 100-12.5	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-12.5 MG	Nivel 1		X		
LOSARTAN/HCT TAB 100-25	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-25 MG	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LOSARTAN/HCT TAB 50-12.5	LOSARTAN POTASSIUM & HYDRO-CHLOROTHIAZIDE TAB 50-12.5 MG	Nivel 1		X		
LOVASTATIN TAB 10MG	LOVASTATIN TAB 10 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
LOVASTATIN TAB 20MG	LOVASTATIN TAB 20 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
LOVASTATIN TAB 40MG	LOVASTATIN TAB 40 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
MATZIM LA TAB 180MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 180 MG	Nivel 3				
MATZIM LA TAB 240MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	Nivel 3				
MATZIM LA TAB 300MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 300 MG	Nivel 3				
MATZIM LA TAB 360MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 360 MG	Nivel 3				
MATZIM LA TAB 420MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 420 MG	Nivel 3				
METHAZOLAMID TAB 25MG	METHAZOLAMIDE TAB 25 MG	Nivel 3				
METHAZOLAMID TAB 50MG	METHAZOLAMIDE TAB 50 MG	Nivel 3				
METHYLDOPA TAB 250MG	METHYLDOPA TAB 250 MG	Nivel 2				
METHYLDOPA TAB 500MG	METHYLDOPA TAB 500 MG	Nivel 2				
METOLAZONE TAB 10MG	METOLAZONE TAB 10 MG	Nivel 2				
METOLAZONE TAB 2.5MG	METOLAZONE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
METOLAZONE TAB 5MG	METOLAZONE TAB 5 MG	Nivel 2				
METOPRL/HCTZ TAB 100-25MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-25 MG	Nivel 3				
METOPRL/HCTZ TAB 100-50MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-50 MG	Nivel 3				
METOPRL/HCTZ TAB 50-25MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-25 MG	Nivel 3				
METOPROL SUC TAB 100MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 100 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 1				
METOPROL SUC TAB 200MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 200 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 1				
METOPROL SUC TAB 25MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 25 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 1				
METOPROL SUC TAB 50MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 50 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
METOPROL TAR TAB 100MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 100 MG	Nivel 1				
METOPROL TAR TAB 25MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 25 MG	Nivel 1				
METOPROL TAR TAB 50MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 50 MG	Nivel 1				
MEXILETINE CAP 150MG	MEXILETINE HCL CAP 150 MG	Nivel 3				
MEXILETINE CAP 200MG	MEXILETINE HCL CAP 200 MG	Nivel 3				
MEXILETINE CAP 250MG	MEXILETINE HCL CAP 250 MG	Nivel 3				
MIDODRINE TAB 10MG	MIDODRINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
MIDODRINE TAB 2.5MG	MIDODRINE HCL TAB 2.5 MG	Nivel 2				
MIDODRINE TAB 5MG	MIDODRINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2				
MINOXIDIL TAB 10MG	MINOXIDIL TAB 10 MG	Nivel 2				
MINOXIDIL TAB 2.5MG	MINOXIDIL TAB 2.5 MG	Nivel 2				
MOEXIPRIL TAB 15MG	MOEXIPRIL HCL TAB 15 MG	Nivel 2		X		
MOEXIPRIL TAB 7.5MG	MOEXIPRIL HCL TAB 7.5 MG	Nivel 2		X		
MULTAQ TAB 400MG	DRONEDARONE HCL TAB 400 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 5	X	X		
NADOLOL TAB 20MG	NADOLOL TAB 20 MG	Nivel 2				
NADOLOL TAB 40MG	NADOLOL TAB 40 MG	Nivel 2				
NADOLOL TAB 80MG	NADOLOL TAB 80 MG	Nivel 2				
NEBIVOLOL TAB 10MG	NEBIVOLOL HCL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
NEBIVOLOL TAB 2.5MG	NEBIVOLOL HCL TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
NEBIVOLOL TAB 20MG	NEBIVOLOL HCL TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
NEBIVOLOL TAB 5MG	NEBIVOLOL HCL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
NIACIN ER TAB 1000MG	NIACIN TAB ER 1000 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACIN ER TAB 500MG	NIACIN TAB ER 500 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACIN ER TAB 750MG	NIACIN TAB ER 750 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACIN TAB 500MG	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) TAB 500 MG	Nivel 3				
NIACIN TAB 500MG ER	NIACIN TAB ER 500 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACOR TAB 500MG	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) TAB 500 MG	Nivel 3				
NICARDIPINE CAP 20MG	NICARDIPINE HCL CAP 20 MG	Nivel 3				
NICARDIPINE CAP 30MG	NICARDIPINE HCL CAP 30 MG	Nivel 3				
NIFEDIPINE CAP 10MG	NIFEDIPINE CAP 10 MG	Nivel 2				
NIFEDIPINE CAP 20MG	NIFEDIPINE CAP 20 MG	Nivel 2				
NIFEDIPINE TAB 30MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 30MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 30 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NIFEDIPINE TAB 60MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR 60 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 60MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 60 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 90MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR 90 MG	Nivel 2		X		
NIFEDIPINE TAB 90MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 90 MG	Nivel 2		X		
NIMODIPINE CAP 30MG	NIMODIPINE CAP 30 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 17MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 17 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 20MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 20 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 25.5MG	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 25.5 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 30MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 34MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 34 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 40MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 40 MG	Nivel 3				
NISOLDIPINE TAB 8.5MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR 8.5 MG	Nivel 3				
NITRO-BID OIN 2%	NITROGLYCERIN OINT 2%	Nivel 3				
NITRO-DUR DIS 0.3MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.3 MG / HR	Nivel 5				
NITRO-DUR DIS 0.8MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.8 MG / HR	Nivel 5				
NITROGLYCER DIS 0.1MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.1 MG / HR	Nivel 2				
NITROGLYCER DIS 0.2MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.2 MG / HR	Nivel 2				
NITROGLYCER DIS 0.4MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.4 MG / HR	Nivel 2				
NITROGLYCER DIS 0.6MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.6 MG / HR	Nivel 2				
NITROGLYCERI OIN 0.4%	NITROGLYCERIN OINT 0.4%	Nivel 3		X		
NITROGLYCERI SUB 0.6MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.6 MG	Nivel 2				
NITROGLYCERN SUB 0.3MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.3 MG	Nivel 2				
NITROGLYCERN SUB 0.4MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.4 MG	Nivel 2				
NORPACE CAP 100MG CR	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP ER 12HR 100 MG	Nivel 3				
NORPACE CAP 150MG CR	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP ER 12HR 150 MG	Nivel 3				
NYMALIZE SOL	NIMODIPINE ORAL SOLN 6 MG / ML	Nivel 3				
OLM MED/HCTZ TAB 20-12.5	OLMESARTAN MEDOXOMIL-HYDRO-CHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 2		X		
OLM MED/HCTZ TAB 40-12.5	OLMESARTAN MEDOXOMIL-HYDRO-CHLOROTHIAZIDE TAB 40-12.5 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
OLM MED/HCTZ TAB 40-25MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL-HYDRO-CHLOROTHIAZIDE TAB 40-25 MG	Nivel 2		X		
OLMESA MEDOX TAB 20MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 20 MG	Nivel 2		X		
OLMESA MEDOX TAB 40MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 40 MG	Nivel 2		X		
OLMESA MEDOX TAB 5MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
OMEGA-3-ACID CAP 1GM	OMEGA-3-ACID ETHYL ESTERS CAP 1 GM	Nivel 2	X	X		
PENTOXIFYLLI TAB 400MG ER	PENTOXIFYLLINE TAB ER 400 MG	Nivel 2				
PERINDOPRIL TAB 2MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 2 MG	Nivel 2		X		
PERINDOPRIL TAB 4MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 4 MG	Nivel 2		X		
PERINDOPRIL TAB 8MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 8 MG	Nivel 2		X		
PHENOXYBENZA CAP 10MG	PHENOXYBENZAMINE HCL CAP 10 MG	Nivel 3				
PINDOLOL TAB 10MG	PINDOLOL TAB 10 MG	Nivel 2				
PINDOLOL TAB 5MG	PINDOLOL TAB 5 MG	Nivel 2				
PRAVASTATIN TAB 10MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
PRAVASTATIN TAB 20MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 20 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
PRAVASTATIN TAB 40MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 40 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
PRAVASTATIN TAB 80MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 80 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
PRAZOSIN HCL CAP 1MG	PRAZOSIN HCL CAP 1 MG	Nivel 2				BH*
PRAZOSIN HCL CAP 2MG	PRAZOSIN HCL CAP 2 MG	Nivel 2				BH*
PRAZOSIN HCL CAP 5MG	PRAZOSIN HCL CAP 5 MG	Nivel 2				BH*
PREVALITE POW 4GM	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER 4 GM / DOSE	Nivel 3				
PREVALITE POW 4GM PK	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER PACKETS 4 GM	Nivel 3				
PROPAFENONE CAP 225MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER 12HR 225 MG	Nivel 3				
PROPAFENONE CAP 325MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER 12HR 325 MG	Nivel 3				
PROPAFENONE CAP 425MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER 12HR 425 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PROPAFENONE TAB 150MG	PROPAFENONE HCL TAB 150 MG	Nivel 2				
PROPAFENONE TAB 225MG	PROPAFENONE HCL TAB 225 MG	Nivel 2				
PROPAFENONE TAB 300MG	PROPAFENONE HCL TAB 300 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL CAP 120MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL CAP 160MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 160 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL CAP 60MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 60 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL CAP 80MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 80 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL SOL 20MG/5ML	PROPRANOLOL HCL ORAL SOLN 20 MG / 5ML	Nivel 2				
PROPRANOLOL SOL 40MG/5ML	PROPRANOLOL HCL ORAL SOLN 40 MG / 5ML	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 10MG	PROPRANOLOL HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 20MG	PROPRANOLOL HCL TAB 20 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 40MG	PROPRANOLOL HCL TAB 40 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 60MG	PROPRANOLOL HCL TAB 60 MG	Nivel 2				
PROPRANOLOL TAB 80MG	PROPRANOLOL HCL TAB 80 MG	Nivel 2				
QNAPRIL/HCTZ TAB 10-12.5	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 3		X		
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-12.5	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 3		X		
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-25MG	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	Nivel 3		X		
QUINAPRIL TAB 10MG	QUINAPRIL HCL TAB 10 MG	Nivel 2		X		
QUINAPRIL TAB 20MG	QUINAPRIL HCL TAB 20 MG	Nivel 2		X		
QUINAPRIL TAB 40MG	QUINAPRIL HCL TAB 40 MG	Nivel 2		X		
QUINAPRIL TAB 5MG	QUINAPRIL HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
QUINIDINE GL TAB 324MG CR	QUINIDINE GLUCONATE TAB ER 324 MG	Nivel 2				
QUINIDINE GL TAB 324MG ER	QUINIDINE GLUCONATE TAB ER 324 MG	Nivel 2				
QUINIDINE SU TAB 200MG	QUINIDINE SULFATE TAB 200 MG	Nivel 2				
QUINIDINE SU TAB 300MG	QUINIDINE SULFATE TAB 300 MG	Nivel 2				
RAMIPRIL CAP 1.25MG	RAMIPRIL CAP 1.25 MG	Nivel 2		X		
RAMIPRIL CAP 10MG	RAMIPRIL CAP 10 MG	Nivel 2		X		
RAMIPRIL CAP 2.5MG	RAMIPRIL CAP 2.5 MG	Nivel 2		X		
RAMIPRIL CAP 5MG	RAMIPRIL CAP 5 MG	Nivel 2		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
RANOLAZINE TAB 1000MG	RANOLAZINE TAB ER 12HR 1000 MG	Nivel 3		X		
RANOLAZINE TAB 500MG ER	RANOLAZINE TAB ER 12HR 500 MG	Nivel 3		X		
REPATHA INJ 140MG/ML	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 140 MG / ML	Nivel 5	X	X		
REPATHA PUSH INJ 420/3.5	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE / INFUSOR 420 MG / 3.5ML	Nivel 5	X	X		
REPATHA SURE INJ 140MG/ML	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 140 MG / ML	Nivel 5	X	X		
ROSUVASTATIN TAB 10MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 10 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
ROSUVASTATIN TAB 20MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 20 MG	Nivel 2		X		
ROSUVASTATIN TAB 40MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 40 MG	Nivel 2		X		
ROSUVASTATIN TAB 5MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 5 MG	Nivel 2		X		PRV-A \$0 de copago para los miembros de 40 a 75 años de edad
SIMVASTATIN TAB 10MG	SIMVASTATIN TAB 10 MG	Nivel 1		X		
SIMVASTATIN TAB 20MG	SIMVASTATIN TAB 20 MG	Nivel 1		X		
SIMVASTATIN TAB 40MG	SIMVASTATIN TAB 40 MG	Nivel 1		X		
SIMVASTATIN TAB 5MG	SIMVASTATIN TAB 5 MG	Nivel 1		X		
SIMVASTATIN TAB 80MG	SIMVASTATIN TAB 80 MG	Nivel 1		X		
SORINE TAB 120MG	SOTALOL HCL TAB 120 MG	Nivel 2				
SORINE TAB 160MG	SOTALOL HCL TAB 160 MG	Nivel 2				
SORINE TAB 240MG	SOTALOL HCL TAB 240 MG	Nivel 2				
SORINE TAB 80MG	SOTALOL HCL TAB 80 MG	Nivel 2				
SOTALOL AF TAB 120MG	SOTALOL HCL (AFIB / AFL) TAB 120 MG	Nivel 2				
SOTALOL AF TAB 160MG	SOTALOL HCL (AFIB / AFL) TAB 160 MG	Nivel 2				
SOTALOL AF TAB 80MG	SOTALOL HCL (AFIB / AFL) TAB 80 MG	Nivel 2				
SOTALOL HCL TAB 120MG	SOTALOL HCL TAB 120 MG	Nivel 2				
SOTALOL HCL TAB 160MG	SOTALOL HCL TAB 160 MG	Nivel 2				
SOTALOL HCL TAB 240MG	SOTALOL HCL TAB 240 MG	Nivel 2				
SOTALOL HCL TAB 80MG	SOTALOL HCL TAB 80 MG	Nivel 2				
SOTYLIZE SOL 5MG/ML	SOTALOL HCL ORAL SOLUTION 5 MG / ML	Nivel 5	X			
SPIRONO/HCTZ TAB 25/25	SPIRONOLACTONE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-25 MG	Nivel 2				
SPIRONOLACT TAB 100MG	SPIRONOLACTONE TAB 100 MG	Nivel 2				
SPIRONOLACT TAB 25MG	SPIRONOLACTONE TAB 25 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SPIRONOLACT TAB 50MG	SPIRONOLACTONE TAB 50 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 120MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 300MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
TAZTIA XT CAP 360MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
TELMISA/HCTZ TAB 40-12.5	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 40-12.5 MG	Nivel 3		X		
TELMISA/HCTZ TAB 80-12.5	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-12.5 MG	Nivel 3		X		
TELMISA/HCTZ TAB 80-25MG	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-25 MG	Nivel 3		X		
TELMISARTAN TAB 20MG	TELMISARTAN TAB 20 MG	Nivel 3		X		
TELMISARTAN TAB 40MG	TELMISARTAN TAB 40 MG	Nivel 3		X		
TELMISARTAN TAB 80MG	TELMISARTAN TAB 80 MG	Nivel 3		X		
TIADYLT CAP 120MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 300MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 360MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 2				
TIADYLT CAP 420MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 420 MG	Nivel 2				
TIMOLOL MAL TAB 10MG	TIMOLOL MALEATE TAB 10 MG	Nivel 2				
TIMOLOL MAL TAB 20MG	TIMOLOL MALEATE TAB 20 MG	Nivel 2				
TIMOLOL MAL TAB 5MG	TIMOLOL MALEATE TAB 5 MG	Nivel 2				
TORSEMIDE TAB 100MG	TORSEMIDE TAB 100 MG	Nivel 2				
TORSEMIDE TAB 10MG	TORSEMIDE TAB 10 MG	Nivel 2				
TORSEMIDE TAB 20MG	TORSEMIDE TAB 20 MG	Nivel 2				
TORSEMIDE TAB 5MG	TORSEMIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
TRANDOLAPRIL TAB 1MG	TRANDOLAPRIL TAB 1 MG	Nivel 2		X		
TRANDOLAPRIL TAB 2MG	TRANDOLAPRIL TAB 2 MG	Nivel 2		X		
TRANDOLAPRIL TAB 4MG	TRANDOLAPRIL TAB 4 MG	Nivel 2		X		
TRIAMT/HCTZ CAP 37.5-25	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE CAP 37.5-25 MG	Nivel 2				
TRIAMT/HCTZ TAB 37.5-25	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 37.5-25 MG	Nivel 2				
TRIAMT/HCTZ TAB 75-50MG	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 75-50 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
VALSART/HCTZ TAB 160-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 160-12.5 MG	Nivel 2		X		
VALSART/HCTZ TAB 160-25MG	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 160-25 MG	Nivel 2		X		
VALSART/HCTZ TAB 320-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 320-12.5 MG	Nivel 2		X		
VALSART/HCTZ TAB 320-25MG	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 320-25 MG	Nivel 2		X		
VALSART/HCTZ TAB 80-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-12.5 MG	Nivel 2		X		
VALSARTAN TAB 160MG	VALSARTAN TAB 160 MG	Nivel 2		X		
VALSARTAN TAB 320MG	VALSARTAN TAB 320 MG	Nivel 2		X		
VALSARTAN TAB 40MG	VALSARTAN TAB 40 MG	Nivel 2		X		
VALSARTAN TAB 80MG	VALSARTAN TAB 80 MG	Nivel 2		X		
VERAPAMIL CAP 100MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 100 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 120MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 120MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 120 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 180MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 180MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 180 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 200MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 200 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 240MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 240MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 240 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 300MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL CAP 360MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 360 MG	Nivel 3				
VERAPAMIL TAB 120MG	VERAPAMIL HCL TAB 120 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 120MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 120 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 180MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 180 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 240MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 240 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 40MG	VERAPAMIL HCL TAB 40 MG	Nivel 2				
VERAPAMIL TAB 80MG	VERAPAMIL HCL TAB 80 MG	Nivel 2				
Central Nervous System Agents						
AMPHET/DEXTR CAP 10MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 10 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR CAP 15MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 15 MG	Nivel 1	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
AMPHET/DEXTR CAP 20MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE CAP ER 24HR 20 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR CAP 25MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE CAP ER 24HR 25 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR CAP 30MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE CAP ER 24HR 30 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR CAP 5MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE CAP ER 24HR 5 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 10MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 12.5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE TAB 12.5 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 15MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE TAB 15 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 20MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE TAB 20 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 30MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE TAB 30 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 75MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHET-AMINE TAB 75 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHETAMINE TAB 10MG	AMPHETAMINE SULFATE TAB 10 MG	Nivel 1	X			
AMPHETAMINE TAB 5MG	AMPHETAMINE SULFATE TAB 5 MG	Nivel 1	X			
AUSTEDO TAB 12MG	DEUTETRABENAZINE TAB 12 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO TAB 6MG	DEUTETRABENAZINE TAB 6 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO TAB 9MG	DEUTETRABENAZINE TAB 9 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 12MG	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 12 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 18MG	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 18 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 24MG	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 24 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 30MG ER	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 36MG ER	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 36 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 42MG ER	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 42 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 48MG ER	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 48 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 6MG	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 6 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	DEUTETRABENAZINE TAB ER TITRATION PACK 6 MG & 12 MG & 24 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	DEUTETRABENAZINE TAB ER TITRATION PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AVONEX PEN KIT 30MCG	INTERFERON BETA-1A IM AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
AVONEX PREFL KIT 30MCG	INTERFERON BETA-1A IM PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
BETASERON INJ 0.3MG	INTERFERON BETA-1B FOR INJ KIT 0.3 MG	Nivel 4	X	X		
CAFFEINE CIT SOL 20MG/ML	CAFFEINE CITRATE ORAL SOLN 60 MG / 3ML (10 MG / ML BASE EQUIV)	Nivel 2				
CAFFEINE CIT SOL 60MG/3ML	CAFFEINE CITRATE ORAL SOLN 60 MG / 3ML (10 MG / ML BASE EQUIV)	Nivel 2				
CLONIDINE TAB 0.1MG ER	CLONIDINE HCL TAB ER 12HR 0.1 MG	Nivel 1				
DALFAMPRIDIN TAB 10MG ER	DALFAMPRIDINE TAB ER 12HR 10 MG	Nivel 4	X	X		
DAYBUE SOL 200MG/ML	TROFINETIDE ORAL SOLN 200 MG / ML	Nivel 1	X	X		
DEXMETHYLPH TAB 10MG	DEXMETHYLPHENIDATE HCL TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		
DEXMETHYLPH TAB 2.5MG	DEXMETHYLPHENIDATE HCL TAB 2.5 MG	Nivel 1	X	X		
DEXMETHYLPH TAB 5MG	DEXMETHYLPHENIDATE HCL TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		
DEXTROAMPHET SOL 5MG/5ML	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE ORAL SOLUTION 5 MG / 5ML	Nivel 1	X			
DEXTROAMPHET TAB 10MG	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		
DEXTROAMPHET TAB 5MG	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		
DIMETHYL FUM CAP 120MG DR	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DE-LAYED RELEASE 120 MG	Nivel 4	X	X		
DIMETHYL FUM CAP 240MG DR	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DE-LAYED RELEASE 240 MG	Nivel 4	X	X		
DIMETHYL FUM CAP STARTER	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DR STARTER PACK 120 MG & 240 MG	Nivel 4	X	X		
DULOXETINE CAP 20MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 20 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
DULOXETINE CAP 30MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 30 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
DULOXETINE CAP 60MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 60 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
FINGOLIMOD CAP 0.5MG	FINGOLIMOD HCL CAP 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
GLATIRAMER INJ 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PRE-FILLED SYRINGE 20 MG / ML	Nivel 4	X	X		
GLATIRAMER INJ 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PRE-FILLED SYRINGE 40 MG / ML	Nivel 4	X	X		
GLATOPA INJ 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PRE-FILLED SYRINGE 20 MG / ML	Nivel 4	X	X		
GLATOPA INJ 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PRE-FILLED SYRINGE 40 MG / ML	Nivel 4	X	X		
GUANFACINE TAB 1MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
GUANFACINE TAB 2MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 2 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
GUANFACINE TAB 3MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 3 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
GUANFACINE TAB 4MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 4 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
INGREZZA CAP 40-80MG	VALBENAZINE TOSYLATE CAP THERAPY PACK 40 MG (7) & 80 MG (21)	Nivel 4	X	X		BH*
INGREZZA CAP 40MG	VALBENAZINE TOSYLATE CAP 40 MG (BASE EQUIV)	Nivel 4	X	X		BH*
INGREZZA CAP 40MG	VALBENAZINE TOSYLATE CAPSULE SPRINKLE 40 MG (BASE EQUIV)	Nivel 4	X	X		BH*
INGREZZA CAP 60MG	VALBENAZINE TOSYLATE CAP 60 MG (BASE EQUIV)	Nivel 4	X	X		BH*
INGREZZA CAP 60MG	VALBENAZINE TOSYLATE CAPSULE SPRINKLE 60 MG (BASE EQUIV)	Nivel 4	X	X		BH*
INGREZZA CAP 80MG	VALBENAZINE TOSYLATE CAP 80 MG (BASE EQUIV)	Nivel 4	X	X		BH*
INGREZZA CAP 80MG	VALBENAZINE TOSYLATE CAPSULE SPRINKLE 80 MG (BASE EQUIV)	Nivel 4	X	X		BH*
METHAMPHETAM TAB 5MG	METHAMPHETAMINE HCL TAB 5 MG	Nivel 1	X			
METHYLPHENID SOL 10MG/5ML	METHYLPHENIDATE HCL SOLN 10 MG / 5ML	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID SOL 5MG/5ML	METHYLPHENIDATE HCL SOLN 5 MG / 5ML	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 10MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 10MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER 10 MG	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 18MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 18 MG	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 20MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 20 MG	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 20MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER 20 MG	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 27MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 27 MG	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 36MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 36 MG	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 54MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 54 MG	Nivel 1	X	X		
METHYLPHENID TAB 5MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		
PHENTERMINE CAP 15MG	PHENTERMINE HCL CAP 15 MG	Nivel 2	X			
PHENTERMINE CAP 30MG	PHENTERMINE HCL CAP 30 MG	Nivel 2	X			
PHENTERMINE CAP 375MG	PHENTERMINE HCL CAP 375 MG	Nivel 2	X			
PHENTERMINE TAB 375MG	PHENTERMINE HCL TAB 375 MG	Nivel 2	X			
PREGABALIN CAP 100MG	PREGABALIN CAP 100 MG	Nivel 2		X		BH*

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PREGABALIN CAP 150MG	PREGABALIN CAP 150 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 200MG	PREGABALIN CAP 200 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 225MG	PREGABALIN CAP 225 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 25MG	PREGABALIN CAP 25 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 300MG	PREGABALIN CAP 300 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 50MG	PREGABALIN CAP 50 MG	Nivel 2		X		BH*
PREGABALIN CAP 75MG	PREGABALIN CAP 75 MG	Nivel 2		X		BH*
RILUZOLE TAB 50MG	RILUZOLE TAB 50 MG	Nivel 4				BH*
SAVELLA MIS TITR PAK	MILNACIPRAN HCL TAB 12.5 MG (5) & 25 MG (8) & 50 MG (42) PAK	Nivel 5		X	X	BH*
SAVELLA TAB 100MG	MILNACIPRAN HCL TAB 100 MG	Nivel 5		X	X	BH*
SAVELLA TAB 12.5MG	MILNACIPRAN HCL TAB 12.5 MG	Nivel 5		X	X	BH*
SAVELLA TAB 25MG	MILNACIPRAN HCL TAB 25 MG	Nivel 5		X	X	BH*
SAVELLA TAB 50MG	MILNACIPRAN HCL TAB 50 MG	Nivel 5		X	X	BH*
TERIFLUNOMID TAB 14MG	TERIFLUNOMIDE TAB 14 MG	Nivel 4	X	X		
TERIFLUNOMID TAB 7MG	TERIFLUNOMIDE TAB 7 MG	Nivel 4	X	X		
TETRABENAZIN TAB 12.5MG	TETRABENAZINE TAB 12.5 MG	Nivel 4	X	X		
TETRABENAZIN TAB 25MG	TETRABENAZINE TAB 25 MG	Nivel 4	X	X		
Dental and Oral Agents						
CEVIMELINE CAP 30MG	CEVIMELINE HCL CAP 30 MG	Nivel 3				
CHLORHEX GLU SOL 0.12%	CHLORHEXIDINE GLUCONATE SOLN 0.12%	Nivel 2				
PERIOGARD SOL 0.12%	CHLORHEXIDINE GLUCONATE SOLN 0.12%	Nivel 2				
PILOCARPINE TAB 5MG	PILOCARPINE HCL TAB 5 MG	Nivel 3				
PILOCARPINE TAB 7.5MG	PILOCARPINE HCL TAB 7.5 MG	Nivel 3				
TRIAMCINOLON PST 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE DENTAL PASTE 0.1%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON PST DEN 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE DENTAL PASTE 0.1%	Nivel 2				
Dermatological Agents						
ACCUTANE CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
ACCUTANE CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
ACCUTANE CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
ACCUTANE CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
ACITRETIN CAP 10MG	ACITRETIN CAP 10 MG	Nivel 3				
ACITRETIN CAP 17.5MG	ACITRETIN CAP 17.5 MG	Nivel 3				
ACITRETIN CAP 25MG	ACITRETIN CAP 25 MG	Nivel 3				
ADAPALENE CRE 0.1%	ADAPALENE CREAM 0.1%	Nivel 3	X	X		
ADAPALENE GEL 0.1%	ADAPALENE GEL 0.1%	Nivel 3	X	X		
ADAPALENE GEL 0.3%	ADAPALENE GEL 0.3%	Nivel 3	X	X		
ADAPALENE GEL PMP 0.3%	ADAPALENE GEL 0.3%	Nivel 3	X	X		
AMMONIUM LAC CRE 12%	LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE) CREAM 12%	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
AMNESTEEM CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
AMNESTEEM CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
AMNESTEEM CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
AZELAIC ACID GEL 15%	AZELAIC ACID GEL 15%	Nivel 3		X		
BRIMONIDINE GEL 0.33%	BRIMONIDINE TARTRATE GEL 0.33% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3		X		
CALCIP/BETAM SUS	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DIPROPIONATE SUSP 0.005-0.064%	Nivel 3		X		
CALCIPOTRIEN CRE 0.005%	CALCIPOTRIENE CREAM 0.005%	Nivel 3		X		
CALCIPOTRIEN OIN 0.005%	CALCIPOTRIENE OINT 0.005%	Nivel 3		X		
CALCIPOTRIEN OIN BE-TAMETH	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DIPROPIONATE OINT 0.005-0.064%	Nivel 3		X		
CALCIPOTRIEN SOL 0.005%	CALCIPOTRIENE SOLN 0.005% (50 MCG / ML)	Nivel 3		X		
CALCITRIOL OIN 3MCG/GM	CALCITRIOL OINT 3 MCG / GM	Nivel 3		X		
CLARAVIS CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
CLARAVIS CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
CLARAVIS CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
CLARAVIS CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
CLINDACIN KIT ETZ 1%	*CLINDAMYCIN PHOSPHATE SWAB 1% & CLEANSER KIT***	Nivel 2		X		
CLINDACIN-P PAD 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SWAB 1%	Nivel 2		X		
CLINDAMY/BEN GEL 1.2-5%	CLINDAMYCIN PHOSPH-BENZOYL PEROXIDE (REFRIG) GEL 1.2 (1)-5%	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN GEL 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE GEL 1% (ONCE-DAILY)	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN GEL 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE GEL 1% (TWICE-DAILY)	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN LOT 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN LOT 10MG/ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN MIS 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SWAB 1%	Nivel 2		X		
CLINDAMYCIN SOL 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SOLN 1%	Nivel 2		X		
DOXEPIN HCL CRE 5%	DOXEPIN HCL CREAM 5%	Nivel 3	X	X		
DUOBRII LOT	HALOBETASOL PROPIONATE-TAZAR- OTENE LOTION 0.01-0.045%	Nivel 5		X	X	
DUPIXENT INJ 100/0.67	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG /0.67ML	Nivel 4	X	X		
DUPIXENT INJ 200/1.14	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 200 MG / 1.14ML	Nivel 4	X	X		
DUPIXENT INJ 200MG	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 200 MG / 1.14ML	Nivel 4	X	X		
DUPIXENT INJ 300/2ML	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 300 MG / 2ML	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DUPIXENT INJ 300/2ML	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MG / 2ML	Nivel 4	X	X		
ERY PAD 2%	ERYTHROMYCIN PADS 2%	Nivel 2				
ERY/BENZOYL GEL 3-5%	BENZOYL PEROXIDE-ERYTHROMYCIN GEL 5-3%	Nivel 3		X		
ERYTHROMYCIN GEL 2%	ERYTHROMYCIN GEL 2%	Nivel 3				
ERYTHROMYCIN SOL 2%	ERYTHROMYCIN SOLN 2%	Nivel 3				
ESKATA SOL 40%	HYDROGEN PEROXIDE SOLN 40%	Nivel 5				
IMIQUIMOD CRE 5%	IMIQUIMOD CREAM 5%	Nivel 2		X		STI*
ISOTRETINOIN CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
ISOTRETINOIN CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
ISOTRETINOIN CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
ISOTRETINOIN CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
IVERMECTIN CRE 1%	IVERMECTIN CREAM 1%	Nivel 3		X		
METHOXSALIN CAP 10MG	METHOXSALIN RAPID CAP 10 MG	Nivel 3				
METRONIDAZOL CRE 0.75%	METRONIDAZOLE CREAM 0.75%	Nivel 3				
METRONIDAZOL GEL 0.75%	METRONIDAZOLE GEL 0.75%	Nivel 3				
METRONIDAZOL LOT 0.75%	METRONIDAZOLE LOTION 0.75%	Nivel 3				
PIMECROLIMUS CRE 1%	PIMECROLIMUS CREAM 1%	Nivel 3		X	X	
PODOFILOX GEL 0.5%	PODOFILOX GEL 0.5%	Nivel 3				STI*
PODOFILOX SOL 0.5%	PODOFILOX SOLN 0.5%	Nivel 2				STI*
REGANEX GEL 0.01%	BECAPLERMIN GEL 0.01%	Nivel 3	X	X		
SANTYL OIN 250/GM	COLLAGENASE OINT 250 UNIT / GM	Nivel 5		X		
SELENIUM SUL LOT 2.5%	SELENIUM SULFIDE LOTION 2.5%	Nivel 2				
STEQEYMA INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-STBA SOLN PRE- FILLED SYRINGE 45 MG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
STEQEYMA INJ 90MG/ML	USTEKINUMAB-STBA SOLN PRE- FILLED SYRINGE 90 MG / ML	Nivel 4	X	X		
SULFACETAMID LOT 10%	SULFACETAMIDE SODIUM LOTION 10% (ACNE)	Nivel 3				
TACROLIMUS OIN 0.03%	TACROLIMUS OINT 0.03%	Nivel 3		X	X	
TACROLIMUS OIN 0.1%	TACROLIMUS OINT 0.1%	Nivel 3		X	X	
TALTZ INJ 20/0.25	IXEKIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG / 0.25ML	Nivel 4	X	X		
TALTZ INJ 40/0.5ML	IXEKIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
TALTZ INJ 80MG/ML	IXEKIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 80 MG / ML	Nivel 4	X	X		
TALTZ INJ 80MG/ML	IXEKIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 80 MG / ML	Nivel 4	X	X		
TAZAROTENE CRE 0.1%	TAZAROTENE CREAM 0.1%	Nivel 3	X	X		
TAZAROTENE GEL 0.05%	TAZAROTENE GEL 0.05%	Nivel 3	X	X		
TAZAROTENE GEL 0.1%	TAZAROTENE GEL 0.1%	Nivel 3	X	X		
TRETINOIN CRE 0.025%	TRETINOIN CREAM 0.025%	Nivel 3	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TRETINOIN CRE 0.05%	TRETINOIN CREAM 0.05%	Nivel 3	X	X		
TRETINOIN CRE 0.1%	TRETINOIN CREAM 0.1%	Nivel 3	X	X		
VEREGEN OIN 15%	SINECATECHINS OINT 15%	Nivel 5		X		STI*
YESINTEK INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-KFCE SUBCUTANEOUS SOLN 45 MG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
YESINTEK INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-KFCE SOLN PRE-FILLED SYRINGE 45 MG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
YESINTEK INJ 90MG/ML	USTEKINUMAB-KFCE SOLN PRE-FILLED SYRINGE 90 MG / ML	Nivel 4	X	X		
ZENATANE CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
ZENATANE CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
ZENATANE CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
ZENATANE CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins						
ATABEX EC TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W / DSS-IRON CARBONYL-FA TAB DR 29-1 MG***	Nivel 2				
ATABEX OB TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W / FE BISGLYCINATE CHELATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
CALC ACETATE CAP 667MG	CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) CAP 667 MG (169 MG CA)	Nivel 2				
CALC ACETATE TAB 667MG	CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) TAB 667 MG	Nivel 2				
CARGLUMIC TAB 200MG	CARGLUMIC ACID SOLUBLE TAB 200 MG	Nivel 6	X			
CHEMET CAP 100MG	SUCCIMER CAP 100 MG	Nivel 3				
CO-NATAL FA TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
COMPLETE NAT PAK DHA	*PRENAT-FE BIS-FE PROT SUCC-FA-CA TAB & OMEGA 3 CAP 200 PK**	Nivel 2				
COMPLETENATE CHW	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA CHEW TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
CYANOCOBALAM INJ 1000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG / ML	Nivel 2				
CYANOCOBALAM INJ 1000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG / ML	Nivel 2				
CYANOCOBALAM INJ 3000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG / ML	Nivel 2				
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 2000 MCG / ML	Nivel 2				
DEFERASIROX GRA 180MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET 180 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX GRA 360MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET 360 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX GRA 90MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET 90 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 125MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 125 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 180MG	DEFERASIROX TAB 180 MG	Nivel 4	X			

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DEFERASIROX TAB 250MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 250 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 360MG	DEFERASIROX TAB 360 MG	Nivel 4	X			
DEFERASIROX TAB 500MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 500 MG	Nivel 6	X			
DEFERASIROX TAB 90MG	DEFERASIROX TAB 90 MG	Nivel 4	X			
DODEX INJ	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG / ML	Nivel 3				
EFFER-K TAB 10MEQ	POTASSIUM BICARBONATE-CITRIC ACID EFFER TAB 10 MEQ	Nivel 3				
EFFER-K TAB 20MEQ	POTASSIUM BICARBONATE-CITRIC ACID EFFER TAB 20 MEQ	Nivel 3				
EFFER-K TAB 25MEQ EF	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	Nivel 2				
FA-8 CAP 800MCG	FOLIC ACID CAP 0.8 MG	Nivel 1				
FERRIC CITRA TAB 210MG	FERRIC CITRATE TAB 1 GM (210 MG FERRIC IRON)	Nivel 4				
FLUORIDE CHW 0.25MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.25 MG F (FROM 0.55 MG NAF)	Nivel 1				
FLUORIDE CHW 0.5MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				
FLUORIDE CHW 1MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				
FLUORITAB DRO 0.125MG	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.125 MG / DROP F (0.275 MG / DROP NAF)	Nivel 1				
FOLIC ACID TAB 1000MCG	FOLIC ACID TAB 1 MG	Nivel 2				
FOLIC ACID TAB 1MG	FOLIC ACID TAB 1 MG	Nivel 2				
FOLIC ACID TAB 400MCG	FOLIC ACID TAB 400 MCG	Nivel 1				
FOLIC ACID TAB 800MCG	FOLIC ACID TAB 800 MCG	Nivel 1				
FOLIVANE-OB CAP	*PRENATAL W / O A W / FE FUM-FE POLY-FA CAP 85-1 MG***	Nivel 2				
FOSRENOL POW 1000MG	LANTHANUM CARBONATE ORAL POWDER PACK 1000 MG (ELEMENTAL)	Nivel 5				
FOSRENOL POW 750MG	LANTHANUM CARBONATE ORAL POWDER PACK 750 MG (ELEMENTAL)	Nivel 5				
GALZIN CAP 25MG	ZINC ACETATE CAP 25 MG (ELEMENTAL ZINC)	Nivel 5				
GALZIN CAP 50MG	ZINC ACETATE CAP 50 MG (ELEMENTAL ZINC)	Nivel 5				
INATAL GT TAB	*PRENATAL VIT W / DSS-IRON CARBONYL-FA TAB 90-1 MG***	Nivel 2				
KLOR-CON 10 TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 10 MEQ	Nivel 2				
KLOR-CON 8 TAB 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 8 MEQ (600 MG)	Nivel 2				
KLOR-CON M10 TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYST TAB 10 MEQ	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
KLOR-CON M15 TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 15 MEQ	Nivel 2				
KLOR-CON M20 TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				
KLOR-CON PAK 20MEQ	POTASSIUM CHLORIDE POWDER PACKET 20 MEQ	Nivel 3				
KLOR-CON/EF TAB 25MEQ	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	Nivel 2				
LANTHANUM CHW 1000MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 1000 MG (ELEMENTAL)	Nivel 3				
LANTHANUM CHW 500MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 500 MG (ELEMENTAL)	Nivel 3				
LANTHANUM CHW 750MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 750 MG (ELEMENTAL)	Nivel 3				
LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML	LEVOCARNITINE ORAL SOLN 1 GM / 10ML (10%)	Nivel 3				
LEVOCARNITIN TAB 330MG	LEVOCARNITINE TAB 330 MG	Nivel 2				
LOKELMA PAK 10GM	SODIUM ZIRCONIUM CYCLOSILICATE FOR SUSP PACKET 10 GM	Nivel 5	X	X		
LOKELMA PAK 5GM	SODIUM ZIRCONIUM CYCLOSILICATE FOR SUSP PACKET 5 GM	Nivel 5	X	X		
M-NATAL PLUS TAB	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
NAFRINSE DRO 0.125MG	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.125 MG / DROP F (0.275 MG / DROP NAF)	Nivel 1				
NEONATAL PLS TAB 27-1MG	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
NEONATAL TAB COMPLTE	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
NEONATAL TAB PLUS	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
NIVA-PLUS TAB	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
OBSTETRIX EC TAB	*PRENATAL VIT W / DSS-IRON CARBONYL-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
OBSTETRX ONE CAP 38-1-225	*PRENAT W / O A W / FECBN-BISG-METHYLF-DSS-DHA CAP 38-1-225 MG**	Nivel 2				
ONE VITE TAB 1MG PLUS	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PHYTONADIONE TAB 5MG	PHYTONADIONE TAB 5 MG	Nivel 3		X		
PNV-DHA CAP DOCUSATE	*PRENATAL W / O VIT A W / FE FUM-DSS-FA-DHA CAP 27-1.25-300 MG*	Nivel 2				
POT CHLORIDE CAP 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER 10 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE CAP 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER 8 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE POW 20MEQ	POTASSIUM CHLORIDE POWDER PACKET 20 MEQ	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
POT CHLORIDE SOL 10%	POTASSIUM CHLORIDE ORAL SOLN 10% (20 MEQ / 15ML)	Nivel 2				
POT CHLORIDE SOL 20%	POTASSIUM CHLORIDE ORAL SOLN 20% (40 MEQ / 15ML)	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 10 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 15 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 20 MEQ (1500 MG)	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				
POT CHLORIDE TAB 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 8 MEQ (600 MG)	Nivel 2				
POT CITRA ER TAB 1080MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 10 MEQ (1080 MG)	Nivel 3				
POT CITRA ER TAB 1620MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 15 MEQ (1620 MG)	Nivel 3				
POT CITRA ER TAB 540MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 5 MEQ (540 MG)	Nivel 3				
POT CL MICRO TAB 10MEQ CR	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 15 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				
POTASSIUM CH TAB 15MEQ	POTASSIUM CHLORIDE MICROEN-CAPSULATED CRYST ER TAB 15 MEQ	Nivel 2				
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W / DSS-FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
PRENATAL PLS MIS MV + DHA	*PRENAT W / FE FUM-FA TAB 27-1 MG & OMEGA 3 CAP 312 MG PAK*	Nivel 2				
PRENATAL TAB PLUS	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PRENATAL-U CAP 106.5-1	*PRENATAL W / O A VIT W / FE FUMARATE-FA CAP 106.5-1 MG***	Nivel 2				
PRENATRIX TAB	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PRENATRYL TAB	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PROVIDA OB CAP	*PRENATAL W / O A W / FE FUM-FE POLY-FA CAP 20-20-1.25 MG***	Nivel 2				
SE-NATAL 19 CHW	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA CHEW TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
SE-NATAL 19 TAB	*PRENATAL VIT W / DSS-FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SEVELAM CARB POW 0.8GM	SEVELAMER CARBONATE PACKET 0.8 GM	Nivel 3				
SEVELAM CARB POW 2.4GM	SEVELAMER CARBONATE PACKET 2.4 GM	Nivel 3				
SEVELAM CARB TAB 800MG	SEVELAMER CARBONATE TAB 800 MG	Nivel 3				
SOD FLUORIDE CHW 0.25MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.25 MG F (FROM 0.55 MG NAF)	Nivel 1				
SOD FLUORIDE CHW 0.5MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				
SOD FLUORIDE DRO 0.5MG/ML	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5 MG / ML F (FROM 1.1 MG / ML NAF)	Nivel 1				
SOD FLUORIDE TAB 0.5MG F	SODIUM FLUORIDE TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				
SOD FLUORIDE TAB 1MG F	SODIUM FLUORIDE TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				
SOD POLY SUL POW	*SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE POWDER**	Nivel 2				
TARON-C DHA CAP	*PRENATAL W / FE FUM-FA POLY -FA-OMEGA 3 CAP 35-1 MG***	Nivel 2				
THRIVITE RX TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W / IRON CARBONYL-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
TOLVAPTAN TAB 15MG	TOLVAPTAN TAB 15 MG	Nivel 4	X	X		
TOLVAPTAN TAB 30MG	TOLVAPTAN TAB 30 MG	Nivel 4	X	X		
TRICARE TAB PRENATAL	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
TRIENTINE CAP 250MG	TRIENTINE HCL CAP 250 MG	Nivel 6	X	X		
TRINATAL RX TAB 1	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 60-1 MG***	Nivel 2				
TRINATE TAB	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 28-1 MG***	Nivel 2				
VELPHORO CHW 500MG	SUCROFERRIC OXYHYDROXIDE CHEW TAB 500 MG	Nivel 4				
VITAMIN D CAP 1.25MG	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	Nivel 2				
VITAMIN D CAP 50000UNT	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	Nivel 2				
VITATHELY TAB	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	*PRENAT-FE BIS-FE PROT SUCC-FA-CA TAB & OMEGA 3 CAP 200 PK**	Nivel 2				
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	*PRENATAL VIT W / FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
Gastrointestinal Agents						
ALOSETRON TAB 0.5MG	ALOSETRON HCL TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
ALOSETRON TAB 1MG	ALOSETRON HCL TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
ALVIMOPAN CAP 12MG	ALVIMOPAN CAP 12 MG	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
BISACODYL TAB 5MG EC	BISACODYL TAB DELAYED RELEASE 5 MG	Nivel 1		X		
CIMETIDINE SOL 300/5ML	CIMETIDINE HCL SOLN 300 MG / 5ML	Nivel 2				
CIMETIDINE TAB 200MG	CIMETIDINE TAB 200 MG	Nivel 2				
CIMETIDINE TAB 300MG	CIMETIDINE TAB 300 MG	Nivel 2				
CIMETIDINE TAB 400MG	CIMETIDINE TAB 400 MG	Nivel 2				
CIMETIDINE TAB 800MG	CIMETIDINE TAB 800 MG	Nivel 2				
CITROMA SOL LEMONY	MAGNESIUM CITRATE SOLN	Nivel 1		X		
CLEARLAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM / SCOOP	Nivel 1		X		
CLENPIQ SOL	SOD PICOSULFATE-MG OX-CITRIC AC SOL 10 MG-3.5 GM-12 GM / 175ML	Nivel 5				PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
CONSTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE SOLUTION 10 GM / 15ML	Nivel 2				
CROMOLYN SOD CON 100/5ML	CROMOLYN SODIUM ORAL CONC 100 MG / 5ML	Nivel 3				
CVS PURELAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM / SCOOP	Nivel 1		X		
DICYCLOMINE CAP 10MG	DICYCLOMINE HCL CAP 10 MG	Nivel 2				
DICYCLOMINE SOL 10MG/5ML	DICYCLOMINE HCL ORAL SOLN 10 MG / 5ML	Nivel 3				
DICYCLOMINE TAB 20MG	DICYCLOMINE HCL TAB 20 MG	Nivel 2				
DIPHEN/ATROP LIQ 2.5/5	DIPHENOXYLATE W / ATROPINE LIQ 2.5-0.025 MG / 5ML	Nivel 3				
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG	DIPHENOXYLATE W / ATROPINE TAB 2.5-0.025 MG	Nivel 2				
ENULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10 GM / 15ML	Nivel 2				
ESOMEPRAZOLE MAG CAP 20MG DR	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAP DELAYED RELEASE 20 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
ESOMEPRAZOLE MAG CAP 40MG DR	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAP DELAYED RELEASE 40 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
FAMOTIDINE SUS 40MG/5ML	FAMOTIDINE FOR SUSP 40 MG / 5ML	Nivel 3				
FAMOTIDINE TAB 20MG	FAMOTIDINE TAB 20 MG	Nivel 2				
FAMOTIDINE TAB 40MG	FAMOTIDINE TAB 40 MG	Nivel 2				
GAVILAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM / SCOOP	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
GAVILYTE-C SOL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 240 GM	Nivel 2		X		PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
GAVILYTE-G SOL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 236 GM	Nivel 2		X		PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
GENERLAC SOL 10/15ML	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10 GM / 15ML	Nivel 2				
GENERLAC SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10 GM / 15ML	Nivel 2				
GENTLELAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM / SCOOP	Nivel 1		X		
GLYCOLAX POW 3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM / SCOOP	Nivel 1		X		
GLYCOPYRROL TAB 1MG	GLYCOPYRROLATE TAB 1 MG	Nivel 2				
GLYCOPYRROL TAB 2MG	GLYCOPYRROLATE TAB 2 MG	Nivel 2				
KRISTALOSE PAK 10GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 10 GM	Nivel 5				
KRISTALOSE PAK 20GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 20 GM	Nivel 5				
LACTULOSE PAK 10GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 10 GM	Nivel 3				
LACTULOSE PAK 20GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 20 GM	Nivel 3				
LACTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE SOLUTION 10 GM / 15ML	Nivel 2				
LACTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10 GM / 15ML	Nivel 2				
LACTULOSE SOL 20/30ML	LACTULOSE SOLUTION 10 GM / 15ML	Nivel 2				
LANSOPR/AMOX PAK / CLARITH	AMOXICIL CAP & CLARITHRO TAB & LANSOPRAZ CAP DR 500 & 500 & 30MG	Nivel 3		X		
LANSOPRAZOLE CAP 15MG DR	LANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 15 MG	Nivel 2		X		
LANSOPRAZOLE CAP 30MG DR	LANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 30 MG	Nivel 2		X		
LINZESS CAP 145MCG	LINACLOTIDE CAP 145 MCG	Nivel 3	X	X		
LINZESS CAP 290MCG	LINACLOTIDE CAP 290 MCG	Nivel 3	X	X		
LINZESS CAP 72MCG	LINACLOTIDE CAP 72 MCG	Nivel 3	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LOPERAMIDE CAP 2MG	LOPERAMIDE HCL CAP 2 MG	Nivel 2				
LUBIPROSTONE CAP 24MCG	LUBIPROSTONE CAP 24 MCG	Nivel 3		X		
LUBIPROSTONE CAP 8MCG	LUBIPROSTONE CAP 8 MCG	Nivel 3		X		
MAG CITRATE SOL LEMON	MAGNESIUM CITRATE SOLN	Nivel 1		X		
METHSCOPOLAM TAB 2.5MG	METHSCOPOLAMINE BROMIDE TAB 2.5 MG	Nivel 3				
METHSCOPOLAM TAB 5MG	METHSCOPOLAMINE BROMIDE TAB 5 MG	Nivel 3				
MIRALAX POW 3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM / SCOOP	Nivel 1		X		
MISOPROSTOL TAB 100MCG	MISOPROSTOL TAB 100 MCG	Nivel 2				
MISOPROSTOL TAB 200MCG	MISOPROSTOL TAB 200 MCG	Nivel 2				
NIZATIDINE CAP 150MG	NIZATIDINE CAP 150 MG	Nivel 3				
NIZATIDINE CAP 300MG	NIZATIDINE CAP 300 MG	Nivel 3				
OMEPRazole CAP 10MG	OMEPRazole CAP DELAYED RE-LEASE 10 MG	Nivel 2		X		
OMEPRazole CAP 20MG	OMEPRazole CAP DELAYED RE-LEASE 20 MG	Nivel 2				
OMEPRazole CAP 40MG	OMEPRazole CAP DELAYED RE-LEASE 40 MG	Nivel 2				
OPIUM TIN 10MG/ML	OPIUM TINCTURE 1% (10 MG / ML) (MORPHINE EQUIV)	Nivel 3		X		
OSMOPREP TAB 1.5GM	SOD PHOS MONO-SOD PHOS DI TABS 1.102-0.398 GM(1.5GM NA PHOS)	Nivel 5				PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
PANTOPRAZOLE TAB 20MG	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 20 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PANTOPRAZOLE TAB 40MG	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 40 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
PEG-3350 SOL ELECTROL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 236 GM	Nivel 2		X		PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PEG-3350/KCL SOL / SODIUM	PEG 3350-KCL-SOD BICARB-NACL FOR SOLN 420 GM	Nivel 2		X		PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
PEG/NASUL/C/ SOL NACL/POT	PEG 3350-KCL-NACL-NA SULFATE-NA ASCORBATE-C FOR SOLN 100 GM	Nivel 3		X		PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
PLENVU SOL	PEG 3350-KCL-NACL-NA SULFATE-NA ASCORBATE-C FOR SOLN 140 GM	Nivel 5		X		PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
POLYETH GLYC POW 3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM / SCOOP	Nivel 1		X		
RABEPRAZOLE TAB 20MG	RABEPRAZOLE SODIUM EC TAB 20 MG	Nivel 3		X		
RELISTOR INJ 12/0.6ML	METHYLNALTREXONE BROMIDE INJ 12 MG / 0.6ML (20 MG / ML)	Nivel 5	X	X		
RELISTOR INJ 8/0.4ML	METHYLNALTREXONE BROMIDE INJ 8 MG / 0.4ML (20 MG / ML)	Nivel 5	X	X		
SODIUM/POTAS SOL MAGNESIU	SOD SULFATE-POT SULF-MG SULF ORAL SOL 175-3.13-1.6 GM / 177ML	Nivel 3		X		PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
SUCRALFATE SUS 1GM/10ML	SUCRALFATE SUSP 1 GM / 10ML	Nivel 3	X			
SUCRALFATE TAB 1GM	SUCRALFATE TAB 1 GM	Nivel 2				
SYMPROIC TAB 0.2MG	NALDEMEDINE TOSYLATE TAB 0.2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3	X	X		
URSODIOL CAP 300MG	URSODIOL CAP 300 MG	Nivel 2				
URSODIOL TAB 250MG	URSODIOL TAB 250 MG	Nivel 2				
URSODIOL TAB 500MG	URSODIOL TAB 500 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
XERMELO TAB 250MG	TELOTTRISTAT ETHYL TAB 250 MG (AS TELOTTRISTAT ETIPRATE)	Nivel 6	X	X		
Genetic or Enzyme Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment						
BETAINE ANHY POW	*BETAINE POWDER FOR ORAL SOLUTION***	Nivel 4				
CREON CAP 12000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 12000-38000-60000 UNIT	Nivel 3				
CREON CAP 24000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 24000-76000-120000 UNIT	Nivel 3				
CREON CAP 3000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 3000-9500-15000 UNIT	Nivel 3				
CREON CAP 36000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 36000-114000-180000 UNIT	Nivel 3				
CREON CAP 6000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 6000-19000-30000 UNIT	Nivel 3				
CYSTAGON CAP 150MG	CYSTEAMINE BITARTRATE CAP 150 MG	Nivel 6				
CYSTAGON CAP 50MG	CYSTEAMINE BITARTRATE CAP 50 MG	Nivel 6				
MYALEPT INJ 11.3MG	METRELEPTIN FOR SUBCUTANEOUS INJ 11.3 MG	Nivel 6	X	X		
SAPROPTERIN POW 100MG	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE POWDER PACKET 100 MG	Nivel 6	X	X		
SAPROPTERIN POW 500MG	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE POWDER PACKET 500 MG	Nivel 6	X	X		
SAPROPTERIN TAB 100MG	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE TAB 100 MG	Nivel 6	X	X		
ZENPEP CAP 10000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 10000-32000-42000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 15000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 15000-47000-63000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 20000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 20000-63000-84000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 25000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 25000-79000-105000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 3000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 3000-10000-14000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 40000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 40000-126000-168000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 5000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 5000-17000-24000 UNIT	Nivel 3				
ZENPEP CAP 60000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 60000-189600-252600 UNIT	Nivel 3				
Genitourinary Agents						
ALFUZOSIN TAB 10MG ER	ALFUZOSIN HCL TAB ER 24HR 10 MG	Nivel 2				
BETHANECHOL TAB 10MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 10 MG	Nivel 2				
BETHANECHOL TAB 25MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 25 MG	Nivel 2				
BETHANECHOL TAB 50MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 50 MG	Nivel 2				
BETHANECHOL TAB 5MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DARIFENACIN TAB 15MG ER	DARIFENACIN HYDROBROMIDE TAB ER 24HR 15 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X	X	
DARIFENACIN TAB 7.5MG ER	DARIFENACIN HYDROBROMIDE TAB ER 24HR 7.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X	X	
DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4	DUTASTERIDE-TAMSULOSIN HCL CAP 0.5-0.4 MG	Nivel 3				
DUTASTERIDE CAP 0.5MG	DUTASTERIDE CAP 0.5 MG	Nivel 2		X		
ELMIRON CAP 100MG	PENTOSAN POLYSULFATE SODIUM CAPS 100 MG	Nivel 3				
ENCARE SUP 100MG	Nonoxynol-9 Vaginal Suppos 100 MG	Nivel 1		X		
FESOTERODINE TAB 4MG ER	FESOTERODINE FUMARATE TAB ER 24HR 4 MG	Nivel 3		X	X	
FESOTERODINE TAB 8MG ER	FESOTERODINE FUMARATE TAB ER 24HR 8 MG	Nivel 3		X	X	
FINASTERIDE TAB 5MG	FINASTERIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
FLAVOXATE TAB 100MG	FLAVOXATE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
GYNOL II GEL 3%	NONOXYNOL-9 GEL 3%	Nivel 1				
OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML	OXYBUTYNIN CHLORIDE SOLUTION 5 MG / 5ML	Nivel 2				
OXYBUTYNIN TAB 10MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER 24HR 10 MG	Nivel 2		X		
OXYBUTYNIN TAB 15MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER 24HR 15 MG	Nivel 2		X		
OXYBUTYNIN TAB 5MG	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2				
OXYBUTYNIN TAB 5MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER 24HR 5 MG	Nivel 2		X		
PENICILLAMIN CAP 250MG	PENICILLAMINE CAP 250 MG	Nivel 6				
PENICILLAMIN TAB 250MG	PENICILLAMINE TAB 250 MG	Nivel 6				
PHENAZO TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
PHENAZOPYRID TAB 100MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
PHENAZOPYRID TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
SILODOSIN CAP 4MG	SILODOSIN CAP 4 MG	Nivel 3		X		
SILODOSIN CAP 8MG	SILODOSIN CAP 8 MG	Nivel 3		X		
SOLIFENACIN TAB 10MG	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 10 MG	Nivel 2		X		
SOLIFENACIN TAB 5MG	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
TADALAFIL TAB 2.5MG	TADALAFIL TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
TADALAFIL TAB 5MG	TADALAFIL TAB 5 MG	Nivel 3		X		
TAMSULOSIN CAP 0.4MG	TAMSULOSIN HCL CAP 0.4 MG	Nivel 2				
TERAZOSIN CAP 10MG	TERAZOSIN HCL CAP 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TERAZOSIN CAP 1MG	TERAZOSIN HCL CAP 1 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TERAZOSIN CAP 2MG	TERAZOSIN HCL CAP 2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TERAZOSIN CAP 5MG	TERAZOSIN HCL CAP 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TODAY SPONGE MIS	NONOXYNOL-9 VAGINAL SPONGE 1000 MG	Nivel 1				
TOLTERODINE CAP 2MG ER	TOLTERODINE TARTRATE CAP ER 24HR 2 MG	Nivel 3				
TOLTERODINE CAP 4MG ER	TOLTERODINE TARTRATE CAP ER 24HR 4 MG	Nivel 3				
TOLTERODINE TAB 1MG	TOLTERODINE TARTRATE TAB 1 MG	Nivel 3				
TOLTERODINE TAB 2MG	TOLTERODINE TARTRATE TAB 2 MG	Nivel 3				
TROSPIMUM CHL CAP 60MG ER	TROSPIMUM CHLORIDE CAP ER 24HR 60 MG	Nivel 3			X	
TROSPIMUM CL TAB 20MG	TROSPIMUM CHLORIDE TAB 20 MG	Nivel 3				
VCF VAGINAL GEL CONTRACE	NONOXYNOL-9 GEL 4%	Nivel 1				
VCF VAGINAL MIS CONTRACP	NONOXYNOL-9 FILM 28%	Nivel 1				
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)						
ALCLOMETASON CRE 0.05%	ALCLOMETASONE DIPROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 2				
ALCLOMETASON OIN 0.05%	ALCLOMETASONE DIPROPIONATE OINT 0.05%	Nivel 2				
AMCINONIDE CRE 0.1%	AMCINONIDE CREAM 0.1%	Nivel 3			X	
AMCINONIDE LOT 0.1%	AMCINONIDE LOTION 0.1%	Nivel 3			X	
AMCINONIDE OIN 0.1%	AMCINONIDE OINT 0.1%	Nivel 3			X	
BETA DIPROP CRE 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED CREAM 0.05%	Nivel 3				
BETA DIPROP GEL 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED GEL 0.05%	Nivel 3				
BETA DIPROP LOT 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED LOTION 0.05%	Nivel 3				
BETA DIPROP OIN 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED OINT 0.05%	Nivel 3				
BETAMETH DIP CRE 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 3				
BETAMETH DIP LOT 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE LOTION 0.05%	Nivel 3				
BETAMETH DIP OIN 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE OINT 0.05%	Nivel 3				
BETAMETH VAL CRE 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE CREAM 0.1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
BETAMETH VAL LOT 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE LOTION 0.1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
BETAMETH VAL OIN 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE OINT 0.1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
CLOBETASOL CRE 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
CLOBETASOL E CRE 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE EMOL- LIENT BASE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CLOBETASOL GEL 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE GEL 0.05%	Nivel 3		X		
CLOBETASOL OIN 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
CLOBETASOL SOL 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE SOLN 0.05%	Nivel 3		X		
CLOCORTOLONE CRE 0.1%	CLOCORTOLONE PIVALATE CREAM 0.1%	Nivel 3		X	X	
DESONIDE CRE 0.05%	DESONIDE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
DESONIDE LOT 0.05%	DESONIDE LOTION 0.05%	Nivel 3		X		
DESONIDE OIN 0.05%	DESONIDE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS CRE 0.05%	DESOXIMETASONE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS CRE 0.25%	DESOXIMETASONE CREAM 0.25%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS GEL 0.05%	DESOXIMETASONE GEL 0.05%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS OIN 0.05%	DESOXIMETASONE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
DESOXIMETAS OIN 0.25%	DESOXIMETASONE OINT 0.25%	Nivel 3		X		
DESOXIMETASO SPR 0.25%	DESOXIMETASONE SPRAY 0.25%	Nivel 3		X		
DEXAMETHASON CON 1MG/ML	DEXAMETHASONE CONC 1 MG / ML	Nivel 2				
DEXAMETHASON ELX 0.5/5ML	DEXAMETHASONE ELIXIR 0.5 MG / 5ML	Nivel 2				
DEXAMETHASON SOL 0.5/5ML	DEXAMETHASONE SOLN 0.5 MG / 5ML	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 0.5MG	DEXAMETHASONE TAB 0.5 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 0.75MG	DEXAMETHASONE TAB 0.75 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 1.5MG	DEXAMETHASONE TAB 1.5 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 1MG	DEXAMETHASONE TAB 1 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 2MG	DEXAMETHASONE TAB 2 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 4MG	DEXAMETHASONE TAB 4 MG	Nivel 2				
DEXAMETHASON TAB 6MG	DEXAMETHASONE TAB 6 MG	Nivel 2				
DIFLORASONE CRE 0.05%	DIFLORASONE DIACETATE CREAM 0.05%	Nivel 3		X	X	
FLUDROCORT TAB 0.1MG	FLUDROCORTISONE ACETATE TAB 0.1 MG	Nivel 2				
FLUOCIN ACET CRE 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.01%	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET CRE 0.025%	FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.025%	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET OIL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET OIL 0.01% SC	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (SCALP OIL)	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
FLUOCIN ACET OIL 0.01%BDY	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET OIL BODY	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET OIL SCALP	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (SCALP OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET OIN 0.025%	FLUOCINOLONE ACETONIDE OINT 0.025%	Nivel 3		X		
FLUOCIN ACET SOL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE SOLN 0.01%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE CRE 0.05%	FLUOCINONIDE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE CRE E 0.05%	FLUOCINONIDE EMULSIFIED BASE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE GEL 0.05%	FLUOCINONIDE GEL 0.05%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE OIN 0.05%	FLUOCINONIDE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
FLUOCINONIDE SOL 0.05%	FLUOCINONIDE SOLN 0.05%	Nivel 3		X		
FLURANDRENOL LOT 0.05%	FLURANDRENOLIDE LOTION 0.05%	Nivel 3		X	X	
FLUTICASONE CRE 0.05%	FLUTICASONE PROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 2				
FLUTICASONE OIN 0.005%	FLUTICASONE PROPIONATE OINT 0.005%	Nivel 2				
HALOBETASOL CRE 0.05%	HALOBETASOL PROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
HALOBETASOL OIN 0.05%	HALOBETASOL PROPIONATE OINT 0.05%	Nivel 3		X		
HC BUTYRATE CRE 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE CREAM 0.1%	Nivel 3		X		
HC BUTYRATE CRE 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE HYDROPHILIC LIPO BASE CREAM 0.1%	Nivel 3		X		
HC BUTYRATE OIN 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE OINT 0.1%	Nivel 3				
HC BUTYRATE SOL 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE SOLN 0.1%	Nivel 3				
HC VALERATE CRE 0.2%	HYDROCORTISONE VALERATE CREAM 0.2%	Nivel 3		X		
HC VALERATE OIN 0.2%	HYDROCORTISONE VALERATE OINT 0.2%	Nivel 3		X		
HYDROCORT CRE 2.5%	HYDROCORTISONE CREAM 2.5%	Nivel 2				
HYDROCORT LOT 2.5%	HYDROCORTISONE LOTION 2.5%	Nivel 2				
HYDROCORT OIN 1%	HYDROCORTISONE OINT 1%	Nivel 2				
HYDROCORT OIN 2.5%	HYDROCORTISONE OINT 2.5%	Nivel 2				
HYDROCORT TAB 10MG	HYDROCORTISONE TAB 10 MG	Nivel 2				
HYDROCORT TAB 20MG	HYDROCORTISONE TAB 20 MG	Nivel 2				
HYDROCORT TAB 5MG	HYDROCORTISONE TAB 5 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 16MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 16 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
METHYLPRED TAB 32MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 32 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 4 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE TAB THERA- PY PACK 4 MG (21)	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 8MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 8 MG	Nivel 2				
MOMETASONE CRE 0.1%	MOMETASONE FUROATE CREAM 0.1%	Nivel 2				
MOMETASONE OIN 0.1%	MOMETASONE FUROATE OINT 0.1%	Nivel 2				
MOMETASONE SOL 0.1%	MOMETASONE FUROATE SOLUTION 0.1% (LOTION)	Nivel 2				
PRED SOD PHO SOL 5MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 5 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 10MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 10 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE SOLN 15 MG / 5ML	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 15 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 20MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 20 MG / 5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 25MG/5ML	PREDNISOLONE SODIUM PHOS- PHATE ORAL SOLN 25 MG / 5ML (BASE EQ)	Nivel 2				
PREDNISOLONE TAB 10MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 10 MG (BASE EQ)	Nivel 3				
PREDNISOLONE TAB 15MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 15 MG (BASE EQ)	Nivel 3				
PREDNISOLONE TAB 30MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 30 MG (BASE EQ)	Nivel 3				
PREDNISOLONE TAB 5MG	PREDNISOLONE TAB 5 MG	Nivel 3				
PREDNISON CON 5MG/ ML	PREDNISON CONC 5 MG / ML	Nivel 3				
PREDNISON PAK 10MG	PREDNISON TAB THERAPY PACK 10 MG (21)	Nivel 2				
PREDNISON PAK 10MG	PREDNISON TAB THERAPY PACK 10 MG (48)	Nivel 2				
PREDNISON PAK 5MG	PREDNISON TAB THERAPY PACK 5 MG (21)	Nivel 2				
PREDNISON PAK 5MG	PREDNISON TAB THERAPY PACK 5 MG (48)	Nivel 2				
PREDNISON SOL 5MG/5ML	PREDNISON ORAL SOLN 5 MG / 5ML	Nivel 3				
PREDNISON TAB 10MG	PREDNISON TAB 10 MG	Nivel 2				
PREDNISON TAB 1MG	PREDNISON TAB 1 MG	Nivel 2				
PREDNISON TAB 2.5MG	PREDNISON TAB 2.5 MG	Nivel 2				
PREDNISON TAB 20MG	PREDNISON TAB 20 MG	Nivel 2				
PREDNISON TAB 50MG	PREDNISON TAB 50 MG	Nivel 2				
PREDNISON TAB 5MG	PREDNISON TAB 5 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TRIAMCINOLON CRE 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.025%	Nivel 2		X		
TRIAMCINOLON CRE 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.1%	Nivel 2		X		
TRIAMCINOLON CRE 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5%	Nivel 2		X		
TRIAMCINOLON LOT 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE LOTION 0.025%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON LOT 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE LOTION 0.1%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON OIN 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.025%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON OIN 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.1%	Nivel 2				
TRIAMCINOLON OIN 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.5%	Nivel 2				
TRIDERM CRE 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5%	Nivel 2		X		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)						
CABERGOLINE TAB 0.5MG	CABERGOLINE TAB 0.5 MG	Nivel 2				
DESMOPRESSIN INJ 40/10ML	DESMOPRESSIN ACETATE INJ 4 MCG / ML	Nivel 3				
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML	DESMOPRESSIN ACETATE INJ 4 MCG / ML	Nivel 3				
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML	DESMOPRESSIN ACETATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 4 MCG / ML	Nivel 3				
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SPRAY SOLN 0.01% (REFRIGERATED)	Nivel 3				
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SPRAY SOLN 0.01%	Nivel 3				
DESMOPRESSIN TAB 0.1MG	DESMOPRESSIN ACETATE TAB 0.1 MG	Nivel 2				
DESMOPRESSIN TAB 0.2MG	DESMOPRESSIN ACETATE TAB 0.2 MG	Nivel 2				
INCRELEX INJ 40MG/4ML	MECASERMIN INJ 40 MG / 4ML (10 MG / ML)	Nivel 6	X	X		
NORDITROPIN INJ 10/1.5ML	SOMATROPIN SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG / 1.5ML	Nivel 4	X	X		
NORDITROPIN INJ 15/1.5ML	SOMATROPIN SOLUTION PEN-INJECTOR 15 MG / 1.5ML	Nivel 4	X	X		
NORDITROPIN INJ 30/3ML	SOMATROPIN SOLUTION PEN-INJECTOR 30 MG / 3ML	Nivel 4	X	X		
NORDITROPIN INJ 5/1.5ML	SOMATROPIN SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MG / 1.5ML	Nivel 4	X	X		
OMNITROPE INJ 10/1.5ML	SOMATROPIN SOLUTION CARTRIDGE 10 MG / 1.5ML	Nivel 4	X	X		
OMNITROPE INJ 5.8MG	SOMATROPIN FOR INJ 5.8 MG	Nivel 4	X	X		
OMNITROPE INJ 5/1.5ML	SOMATROPIN SOLUTION CARTRIDGE 5 MG / 1.5ML	Nivel 4	X	X		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins)						

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
MIFEPREX TAB 200MG	MIFEPRISTONE TAB 200 MG	Nivel 3				
MIFEPRISTONE TAB 200MG	MIFEPRISTONE TAB 200 MG	Nivel 2				
PREPIDIL GEL 0.5MG/3G	DINOPROSTONE CERVICAL GEL 0.5 MG / 3GM	Nivel 5				
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)						
AFIRMELLE TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
AFTERA TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
AFTERPILL TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
ALTAVERA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
ALYACEN TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				
ALYACEN TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35 / 1-35 MG-MCG	Nivel 1				
AMABELZ TAB 0.5-0.1	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Nivel 3				
AMABELZ TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	Nivel 3				
AMETHIA TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
AMETHYST TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	Nivel 1				
ANNOVERA MIS	SEGESTERONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.15-0.013 MG / 24HR	Nivel 1		X		
APRI TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
ARANELLE TAB	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 1-35 / 0.5-35 MG-MCG	Nivel 1				
ASHLYNA TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
AUBRA EQ TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
AUROVELA 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
AUROVELA FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
AUROVELA FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
AUROVELA TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
AUROVELA TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
AVIANE TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
AYUNA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
AZURETTE TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02 / 0.01 MG(21 / 5)	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
BALZIVA TAB	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				
BIJUVA CAP 0.5-100	ESTRADIOL-PROGESTERONE CAP 0.5-100 MG	Nivel 5				
BLISOVI 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
BLISOVI FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
BLISOVI FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
BRIELLYN TAB	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				
CAMILA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
CAMRESE LO TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1- 0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
CAMRESE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15- 0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADI- OL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
CHATEAL EQ TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
CLIMARA PRO DIS WEEKLY	ESTRADIOL-LEVONORGESTREL TD PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG / DAY	Nivel 5		X		
CRYSSELLE-28 TAB 28 TABS	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				
CURAE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
CYRED EQ TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
CYRED TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
DANAZOL CAP 100MG	DANAZOL CAP 100 MG	Nivel 3				
DANAZOL CAP 200MG	DANAZOL CAP 200 MG	Nivel 3				
DANAZOL CAP 50MG	DANAZOL CAP 50 MG	Nivel 3				
DASETTA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				
DASETTA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35 / 1-35 MG-MCG	Nivel 1				
DAYSEE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15- 0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
DEBLITANE TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
DELYLA TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
DEPO-SQ PROV INJ 104	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE SUSP PREF SYR 104 MG / 0.65ML	Nivel 1		X		
DESO/ETHINYL TAB ES- TRADIO	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ES- TRAD TAB 0.15-0.02 / 0.01 MG(21 / 5)	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DOLISHALE TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	Nivel 1				
DOTTI DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG / 24HR	Nivel 3		X		
DOTTI DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG / 24HR	Nivel 3		X		
DOTTI DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG / 24HR	Nivel 3		X		
DOTTI DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG / 24HR	Nivel 3		X		
DOTTI DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG / 24HR	Nivel 3		X		
DROS/ETH EST TAB LE-VOMEFO	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD-LEVOMEFOLATE TAB 3-0.02-0.451 MG	Nivel 1				
DROS/ETH EST TAB LE-VOMEFO	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD-LEVOMEFOLATE TAB 3-0.03-0.451 MG	Nivel 1				
DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				
DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				
DUAVEE TAB 0.45-20	CONJUGATED ESTROGENS-BAZE-DOXIFENE TAB 0.45-20 MG	Nivel 5		X		
ECONTRA EZ TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
ECONTRA OS TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
ELINEST TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				
ELLA TAB 30MG	ULIPRISTAL ACETATE TAB 30 MG	Nivel 1		X		
ELURYNG MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG / 24HR	Nivel 1				
EMZAHH TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
ENILLORING MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG / 24HR	Nivel 1				
ENPRESSE-28 TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30 / 0.075-40 / 0.125-30MG-MCG	Nivel 1				
ENSKYCE TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
ERRIN TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
ESTARYLLA TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				
ESTRA/NORETH TAB 0.5-0.1	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Nivel 3				
ESTRA/NORETH TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	Nivel 3				
ESTRAD VAL INJ 10MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 10 MG / ML	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ESTRAD VAL INJ 20MG/ ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 20 MG / ML	Nivel 2				
ESTRAD VAL INJ 40MG/ ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 40 MG / ML	Nivel 2				
ESTRADIOL CRE 0.01%	ESTRADIOL VAGINAL CREAM 0.1 MG / GM	Nivel 3				
ESTRADIOL DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG / 24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.025 MG / 24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG / 24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.0375 MG / 24HR (37.5 MCG / 24HR)	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG / 24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.05 MG / 24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.06MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.06 MG / 24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG / 24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.075 MG / 24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG / 24HR	Nivel 3		X		
ESTRADIOL DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.1 MG / 24HR	Nivel 2		X		
ESTRADIOL TAB 0.5MG	ESTRADIOL TAB 0.5 MG	Nivel 2				
ESTRADIOL TAB 10MCG	ESTRADIOL VAGINAL TAB 10 MCG	Nivel 3		X		
ESTRADIOL TAB 1MG	ESTRADIOL TAB 1 MG	Nivel 2				
ESTRADIOL TAB 2MG	ESTRADIOL TAB 2 MG	Nivel 2				
ESTRING MIS 2MG	ESTRADIOL VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG / 24HRS)	Nivel 3		X		
ESTRING MIS 7.5/24HR	ESTRADIOL VAGINAL RING 2 MG (7.5 MCG / 24HRS)	Nivel 3		X		
ETHY ETH EST TAB 1-35	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				
ETHYNODIOL TAB 1-50	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	Nivel 1				
ETONOGESTREL MIS ETHY EST	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADI- OL VA RING 0.12-0.015 MG / 24HR	Nivel 1				
FALMINA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
FAYOSIM TAB	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02 / 0.025 / 0.03 MG & ETH EST 0.01 MG	Nivel 1				
FEIRZA TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
FEIRZA TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
FEMLYV TAB 1/0.02MG	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB DISINT 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
FINZALA CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADI- OL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
FYAVOLV TAB 0.5-2.5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-2.5 MCG	Nivel 3				
FYAVOLV TAB 1-5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-5 MCG	Nivel 3				
GALLIFREY TAB 5MG	NORETHINDRONE ACETATE TAB 5 MG	Nivel 2				
GEMMILY CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
HAILEY 24 TAB FE	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
HAILEY FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
HAILEY FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
HAILEY TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
HALOETTE MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADI- OL VA RING 0.12-0.015 MG / 24HR	Nivel 1				
HEATHER TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
HER STYLE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
ICLEVIA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				
INCASSIA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
INTROVALE TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				
ISIBLOOM TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
JAIMIESS TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15- 0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
JASMIEL TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				
JENCYCLA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
JINTELI TAB 1MG-5MCG	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-5 MCG	Nivel 3				
JOLESSA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				
JOYEUX TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRA- DIOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	Nivel 1				
JULEBER TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
JUNEL 1.5/30 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
JUNEL 1/20 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
JUNEL FE 24 TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
JUNEL FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
JUNEL FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
KAITLIB FE CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				
KALLIGA TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
KARIVA TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02 / 0.01 MG(21 / 5)	Nivel 1				
KELNOR 1/50 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	Nivel 1				
KELNOR TAB 1/35	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				
KURVELO TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
LARIN 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
LARIN FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
LARIN FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
LARIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
LARIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
LAYOLIS FE CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				
LEENA TAB	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 1-35 / 0.5-35 MG-MCG	Nivel 1				
LESSINA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	Nivel 1				
LEVONEST TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30 / 0.075-40 / 0.125-30MG-MCG	Nivel 1				
LEVONOR/ETHI TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30 / 0.075-40 / 0.125-30MG-MCG	Nivel 1				
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	Nivel 1				
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02 / 0.025 / 0.03 MG & ETH EST 0.01 MG	Nivel 1				
LEVONORGESTR TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
LEVORA-28 TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
LO LOESTRIN TAB 1-10-10	NORETHIN-ETH ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-10 MCG (24) / 10 MCG (2)	Nivel 1				
LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				
LOJAIMIEST TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
LORYNA TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				
LOW-OGESTREL TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				
LUTERA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
LYLEQ TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
LYLLANA DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG / 24HR	Nivel 3		X		
LYLLANA DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG / 24HR	Nivel 3		X		
LYLLANA DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG / 24HR	Nivel 3		X		
LYLLANA DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG / 24HR	Nivel 3		X		
LYLLANA DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG / 24HR	Nivel 3		X		
LYZA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
MARLISSA TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP 150 MG / ML	Nivel 1		X		
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP PREFILLED SYR 150 MG / ML	Nivel 1				
MEDROXYPR AC TAB 10MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 10 MG	Nivel 2				
MEDROXYPR AC TAB 2.5MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
MEDROXYPR AC TAB 5MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 5 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
MEGESTROL AC SUS 400MG/10	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG / ML	Nivel 2				
MEGESTROL AC SUS 40MG/ML	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG / ML	Nivel 2				
MEGESTROL AC SUS 800MG/20	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG / ML	Nivel 2				
MEGESTROL AC TAB 20MG	MEGESTROL ACETATE TAB 20 MG	Nivel 2				
MEGESTROL AC TAB 40MG	MEGESTROL ACETATE TAB 40 MG	Nivel 2				
MEGESTROL SUS 625MG/5M	MEGESTROL ACETATE SUSP 625 MG / 5ML	Nivel 3				
MERZEE CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
METHYLTESTOS CAP 10MG	METHYLTESTOSTERONE CAP 10 MG	Nivel 3				
MIBELAS 24 CHW FE	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
MICRGSTIN 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
MICROGESTIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
MICROGESTIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
MICROGESTIN TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
MICROGESTIN TAB FE1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
MILI TAB 0.25/35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				
MIMVEY TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	Nivel 3				
MINZOYA TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	Nivel 1				
MONO-LINYAH TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				
MY CHOICE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
MY WAY TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
NECON TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				
NEW DAY TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG	DROSPIRENONE-ESTETROL TAB 3-14.2 MG	Nivel 1				
NIKKI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				
NOR/EST/FF TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
NORA-BE TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NORE/ETH/FER CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				
NORELGE/ETHI DIS 150/35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRA- DIOL TD PTWK 150-35 MCG / 24HR	Nivel 1				
NORETH/ETHIN CHW FE	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				
NORETH/ETHIN CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADI- OL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
NORETH/ETHIN TAB 0.5-2.5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-2.5 MCG	Nivel 3				
NORETH/ETHIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				
NORETH/ETHIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
NORETH/ETHIN TAB 1MG- 5MCG	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-5 MCG	Nivel 3				
NORETH/ETHIN TAB FE	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20 / 1-30 / 1-35 MG-MCG	Nivel 1				
NORETH/ETHIN TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
NORETHIN ACE TAB 5MG	NORETHINDRONE ACETATE TAB 5 MG	Nivel 2				
NORETHINDRON TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
NORGEST/ETHI TAB 0.25/35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				
NORGEST/ETHI TAB ES- TRADIO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25 / 0.215-25 / 0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				
NORGEST/ETHI TAB ES- TRADIO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35 / 0.215-35 / 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				
NORLYROC TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
NORTREL TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				
NORTREL TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				
NORTREL TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35 / 1-35 MG-MCG	Nivel 1				
NYLIA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				
NYLIA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35 / 1-35 MG-MCG	Nivel 1				
NYMYO TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				
OCELLA TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				
OPCICON TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
OPILL TAB 0.075MG	NORGESTREL TAB 0.075 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
OPTION 2 TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
OSPHENA TAB 60MG	OSPHEMIFENE TAB 60 MG	Nivel 5	X	X		
PHILITH TAB 0.4-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				
PIMTREA TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ES- TRAD TAB 0.15-0.02 / 0.01 MG(21 / 5)	Nivel 1				
PLAN B TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
PORTIA-28 TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
PREMARIN VAG CRE 0.625MG	ESTROGENS, CONJUGATED VAGINAL CREAM 0.625 MG / GM	Nivel 5				
PROGESTERONE CAP 100MG	PROGESTERONE CAP 100 MG	Nivel 2				
PROGESTERONE CAP 200MG	PROGESTERONE CAP 200 MG	Nivel 2				
PROGESTERONE INJ 50MG/ML	PROGESTERONE IM IN OIL 50 MG / ML	Nivel 2				
RALOXIFENE TAB 60MG	RALOXIFENE HCL TAB 60 MG	Nivel 2		X		Copago de \$0 para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de atención PRV-A* médica confirma que el medicamento es para prevenir el cáncer de mama.
REACT TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
RECLIPSEN TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				
RIVELSA TAB	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02 / 0.025 / 0.03 MG & ETH EST 0.01 MG	Nivel 1				
SETLAKIN TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				
SHAROBEL TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				
SIMLIYA TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ES- TRAD TAB 0.15-0.02 / 0.01 MG(21 / 5)	Nivel 1				
SIMPESSE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15- 0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				
SLYND TAB 4MG	DROSPIRENONE TAB 4 MG	Nivel 1				
SPRINTEC 28 TAB 28 DAY	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				
SRONYX TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ES- TRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
SYEDA TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRA- DIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**..... Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TAKE ACTION TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				
TARINA 24 FE TAB	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
TARINA FE TAB 1/20 EQ	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				
TAYSOFY CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				
TESTOST CYP INJ 100MG/ML	TESTOSTERONE CYPIONATE IM INJ IN OIL 100 MG / ML	Nivel 2	X			
TESTOST CYP INJ 200MG/ML	TESTOSTERONE CYPIONATE IM INJ IN OIL 200 MG / ML	Nivel 2	X			
TESTOST ENAN INJ 200MG/ML	TESTOSTERONE ENANTHATE IM INJ IN OIL 200 MG / ML	Nivel 2	X			
TESTOSTERONE GEL 1.62%	TESTOSTERONE TD GEL 20.25 MG / ACT (1.62%)	Nivel 3	X	X		
TESTOSTERONE GEL 1%(50MG)	TESTOSTERONE TD GEL 50 MG / 5GM (1%)	Nivel 3	X	X		
TILIA FE TAB	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20 / 1-30 / 1-35 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-ESTARYLL TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35 / 0.215-35 / 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-LEGEST TAB FE	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20 / 1-30 / 1-35 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-LINYAH TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35 / 0.215-35 / 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-LO TAB ESTARYLL	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25 / 0.215-25 / 0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-LO- TAB MARZIA	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25 / 0.215-25 / 0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-LO- TAB SPRINTec	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25 / 0.215-25 / 0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-LO-MILI TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25 / 0.215-25 / 0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-MILI TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35 / 0.215-35 / 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-NYMYO TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35 / 0.215-35 / 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-SPRINTec TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35 / 0.215-35 / 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-VYLIBRA TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35 / 0.215-35 / 0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				
TRI-VYLIBRA TAB LO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25 / 0.215-25 / 0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				
TRIVORA-28 TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30 / 0.075-40 / 0.125-30MG-MCG	Nivel 1				
TURQOZ TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TWIRLA DIS 120-30	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 120-30 MCG / 24HR	Nivel 1				
TYBLUME CHW 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL CHEW TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
TYDEMY TAB	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD-LEVOMEFOLATE TAB 3-0.03-0.451 MG	Nivel 1				
VALTYA 1/50 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	Nivel 1				
VELIVET PAK	DESOGEST-ETHIN EST TAB 0.1-0.025 / 0.125-0.025 / 0.15-0.025MG-MG	Nivel 1				
VESTURA TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				
VIENVA TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				
VIORELE TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02 / 0.01 MG(21 / 5)	Nivel 1				
VOLNEA TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02 / 0.01 MG(21 / 5)	Nivel 1				
VYFEMLA TAB 0.4-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				
VYLIBRA TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				
WERA TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				
WYMZYA FE CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				
XARAH FE TAB	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20 / 1-30 / 1-35 MG-MCG	Nivel 1				
XELRIA FE CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				
XULANE DIS 150-35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG / 24HR	Nivel 1				
YUVAFEM TAB 10MCG	ESTRADIOL VAGINAL TAB 10 MCG	Nivel 3		X		
ZAFEMY DIS 150/35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG / 24HR	Nivel 1				
ZOVIA 1/35 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				
ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)						
ARMOUR THYRO TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1 / 4 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 180MG	THYROID TAB 180 MG (3 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 240MG	THYROID TAB 240 MG (4 GRAIN)	Nivel 5				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ARMOUR THYRO TAB 300MG	THYROID TAB 300 MG (5 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1 / 2 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	Nivel 5				
ARMOUR THYRO TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (1 1 / 2 GRAIN)	Nivel 5				
EUTHYROX TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
EUTHYROX TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 300 MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LEVO-T TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
LEVO-T TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
LEVOTHYROXIN TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LIOTHYRONINE TAB 25MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				BH*
LIOTHYRONINE TAB 50MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				BH*
LIOTHYRONINE TAB 5MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 5 MCG	Nivel 2				BH*
NIVA THYROID TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	Nivel 5				
NIVA THYROID TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1 / 4 GRAIN)	Nivel 5				
NIVA THYROID TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1 / 2 GRAIN)	Nivel 5				
NIVA THYROID TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	Nivel 5				
NIVA THYROID TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (1 1 / 2 GRAIN)	Nivel 5				
NP THYROID TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	Nivel 3				
NP THYROID TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1 / 4 GRAIN)	Nivel 3				
NP THYROID TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1 / 2 GRAIN)	Nivel 3				
NP THYROID TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	Nivel 3				
NP THYROID TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (1 1 / 2 GRAIN)	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 3				
SYNTHROID TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 3				
THYQUIDITY SOL 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 100 MCG / 5ML	Nivel 5	X			
THYROID TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	Nivel 3				
THYROID TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1 / 4 GRAIN)	Nivel 3				
THYROID TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1 / 2 GRAIN)	Nivel 3				
THYROID TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	Nivel 3				
THYROID TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (1 1 / 2 GRAIN)	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TIROSINT-SOL SOL 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 100 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 112 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 125 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 137 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 13MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 13 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 150 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 175 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 200 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 25MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 25 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 37.5/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 37.5 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 44MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 44 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 50MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 50 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 62.5/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 62.5 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 75MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 75 MCG / ML	Nivel 5	X			
TIROSINT-SOL SOL 88MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 88 MCG / ML	Nivel 5	X			
UNITHROID TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
UNITHROID TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)						
LYSODREN TAB 500MG	MITOTANE TAB 500 MG	Nivel 5				
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)						
ELIGARD INJ 22.5MG	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT 22.5MG	Nivel 6				
ELIGARD INJ 30MG	LEUPROLIDE ACETATE (4 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT 30 MG	Nivel 6				
ELIGARD INJ 45MG	LEUPROLIDE ACETATE (6 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT 45 MG	Nivel 6				
ELIGARD INJ 75MG	LEUPROLIDE ACETATE FOR SUBCU-TANEOUS INJ KIT 75 MG	Nivel 6				
LEUPROLIDE INJ 14 DAY	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG / 0.2ML (5 MG / ML)	Nivel 6				
LEUPROLIDE INJ 1MG/0.2	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG / 0.2ML (5 MG / ML)	Nivel 6				
LEUPROLIDE KIT 14 DAY	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG / 0.2ML (5 MG / ML)	Nivel 6				
LEUPROLIDE KIT 1MG/0.2	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG / 0.2ML (5 MG / ML)	Nivel 6				
OCTREOTIDE INJ 1000MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 1000 MCG/ ML (1 MG / ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 100MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 100 MCG / ML (0.1 MG / ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 100MCG	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANE- OUS SOLN PREF SYR 100 MCG / ML	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 200MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 200 MCG / ML (0.2 MG / ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 500MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 500 MCG / ML (0.5 MG / ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 500MCG	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANE- OUS SOLN PREF SYR 500 MCG / ML	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML	OCTREOTIDE ACETATE INJ 50 MCG / ML (0.05 MG / ML)	Nivel 4	X			
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANE- OUS SOLN PREF SYR 50 MCG / ML	Nivel 4	X			
ORILISSA TAB 150MG	ELAGOLIX SODIUM TAB 150 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5	X	X		
ORILISSA TAB 200MG	ELAGOLIX SODIUM TAB 200 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5	X	X		
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.3 MG / ML (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.6 MG / ML (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.9 MG / ML (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SOMAVERT INJ 10MG	PEGVISOMANT FOR INJ 10 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SOMAVERT INJ 15MG	PEGVISOMANT FOR INJ 15 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SOMAVERT INJ 20MG	PEGVISOMANT FOR INJ 20 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SOMAVERT INJ 25MG	PEGVISOMANT FOR INJ 25 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SOMAVERT INJ 30MG	PEGVISOMANT FOR INJ 30 MG (AS PROTEIN)	Nivel 6	X	X		
SYNAREL SOL 2MG/ML	NAFARELIN ACETATE NASAL SOLN 2 MG / ML (200 MCG / ACT) (BASE EQ)	Nivel 3				
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)						
METHIMAZOLE TAB 10MG	METHIMAZOLE TAB 10 MG	Nivel 2				
METHIMAZOLE TAB 5MG	METHIMAZOLE TAB 5 MG	Nivel 2				
PROPYLTHIOUR TAB 50MG	PROPYLTHIOURACIL TAB 50 MG	Nivel 2				
Immunological Agents						
ABRYVO INJ	RSV PRE-FUSION F A&B VAC RECOMB FOR IM SOLN 120 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
ABRYVO INJ 120MCG	RSV PRE-FUSION F A&B VAC RECOMB FOR IM SOLN 120 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
ACTEMRA INJ 162/0.9	TOCILIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 162 MG / 0.9ML	Nivel 4	X	X		
ACTEMRA INJ ACTPEN	TOCILIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 162 MG / 0.9ML	Nivel 4	X	X		
ACTHIB INJ	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJUGATE VACCINE FOR INJ	Nivel 1		X		
ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5	INTERFERON GAMMA-1B INJ 100 MCG / 0.5ML (2000000 UNIT / 0.5ML)	Nivel 6	X	X		
ADACEL INJ	TET TOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2-15.5 LF-LF-MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
ADALIMU-ADAZ INJ 10/0.1ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN PRE-FILLED SYRINGE 10 MG / 0.1ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 20/0.2ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN PRE-FILLED SYRINGE 20 MG / 0.2ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN AUTO-INJECTOR 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN PRE-FILLED SYRINGE 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 80/0.8ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN AUTO-INJECTOR 80 MG / 0.8ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADB KIT 10/0.2ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 10 MG / 0.2ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADB KIT 20/0.4ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 20 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADB KIT 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X			
ADALIMU-ADB KIT 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADBM PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML	ADALIMUMAB-ADBM AUTO-INJECTOR KIT 40 MG / 0.8ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML	ADALIMUMAB-ADBM AUTO-INJECTOR KIT 40 MG / 0.8ML	Nivel 4	X			
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML	ADALIMUMAB-ADBM PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG / 0.8ML	Nivel 4	X	X		
AFLURIA INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT IM SUSP	Nivel 1		X		
AFLURIA INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT PF SUSP PREF SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1		X		
AMJEVITA INJ 20/0.2ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG / 0.2ML	Nivel 4	X	X		
AMJEVITA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN AUTO-INJECTOR 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		
AMJEVITA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		
AMJEVITA INJ 80/0.8ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN AUTO-INJECTOR 80 MG / 0.8ML	Nivel 4	X	X		
AREXVY INJ 120MCG	RSVPREF3 VACCINE RECOMB ADJUVANTED FOR IM SUSP 120 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
AZATHIOPRINE TAB 50MG	AZATHIOPRINE TAB 50 MG	Nivel 2				
BEXSERO INJ	MENINGOCOCCAL VAC B (RECOMB OMV ADJUV) INJ PREFILLED SYRINGE	Nivel 1		X		
BEYFORTUS INJ 100MG/ML	NIRSEVIMAB-ALIP IM SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG / ML	Nivel 1		X		
BEYFORTUS INJ 50/0.5ML	NIRSEVIMAB-ALIP IM SOLN PREFILLED SYRINGE 50 MG / 0.5ML	Nivel 1		X		
BOOSTRIX INJ	TET TOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2.5-18.5 LF-LF-MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
BOOSTRIX INJ	TET-DIPH-ACELL PERTUSS AD PREF SYR 5-2.5-18.5 LF-MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
CAPVAXIVE INJ 0.5ML	PNEUMOCOCCAL 21-VALENT CONJUGATE VACCINE SOLN PREF SYR 0.5ML	Nivel 1		X		
CIMZIA KIT 200MG	CERTOLIZUMAB PEGOL FOR INJ KIT 2 X 200 MG	Nivel 6	X	X		
CIMZIA PREFL KIT 200MG/ML	CERTOLIZUMAB PEGOL PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG / ML	Nivel 6	X	X		
CIMZIA START KIT 200MG/ML	CERTOLIZUMAB PEGOL PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG / ML	Nivel 6	X			
COMIRNATY INJ 2024-25	COVID-19 MRNA VAC TRIS-PFIZER IM SUSP PREF SYR 30 MCG / 0.3ML	Nivel 1		X		
CYCLOSPORINE CAP 100MG	CYCLOSPORINE CAP 100 MG	Nivel 3				
CYCLOSPORINE CAP 100MG MD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 100 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CYCLOSPORINE CAP 25MG	CYCLOSPORINE CAP 25 MG	Nivel 3				
CYCLOSPORINE CAP 25MG MOD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 25 MG	Nivel 2				
CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 50 MG	Nivel 2				
CYCLOSPORINE SOL MODIFIED	CYCLOSPORINE MODIFIED ORAL SOLN 100 MG / ML	Nivel 3				
DAPTACEL INJ	DIPH, ACELLULAR PERT & TET TOX INJ 15 LF-23 MCG-5 LF / 0.5ML	Nivel 1		X		
DENGVAIXA SUS	DENGUE VIRUS VACCINE LIVE TETRA-VALENT FOR SUBCUTANEOUS SUSP	Nivel 1		X		
ENERGIX-B INJ 10/0.5ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBI-NANT) SUSP PREF SYR 10 MCG /0.5ML	Nivel 1		X		
ENERGIX-B INJ 20MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBI-NANT) SUSP 20 MCG / ML	Nivel 1		X		
ENERGIX-B INJ 20MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBI-NANT) SUSP PREF SYR 20 MCG / ML	Nivel 1		X		
FLUAD INJ 2024-25	INFLUENZA VAC TYPE A&B SURFACE ANT ADJ SUSP PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		
FLUARIX INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT PF SUSP PREF SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1		X		
FLUBLOK INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VACC RECOMBI-NANT HA PF SOLN PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		
FLUCELVAX INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VAC TISS-CULT SUBUNIT IM SUSP	Nivel 1		X		
FLUCELVAX INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VAC TISS-CULT SUBUNIT SUSP PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		
FLULAVAL INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT PF SUSP PREF SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1		X		
FLUMIST NASA LIQ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VACCINE LIVE INTRANASAL LIQUID	Nivel 1		X		
FLUZONE HD INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VAC SPLIT HIGH-DOSE PF SUSP PREF SYR 0.5ML	Nivel 1		X		
FLUZONE INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT IM SUSP	Nivel 1		X		
FLUZONE INJ 2024-25	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT PF SUSP PREF SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1		X		
GARDASIL 9 INJ	HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) 9-VALENT RECOMB VAC IM SUSP	Nivel 1		X		
GARDASIL 9 INJ	HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) 9-VALENT RECOMB VAC SUSP PREF SYR	Nivel 1		X		
GENGRAF CAP 100MG	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 100 MG	Nivel 2				
GENGRAF CAP 25MG	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 25 MG	Nivel 2				
GENGRAF SOL 100MG/ML	CYCLOSPORINE MODIFIED ORAL SOLN 100 MG / ML	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
HADLIMA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN PRE-FILLED SYRINGE 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		
HADLIMA INJ 40/0.8ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN PRE-FILLED SYRINGE 40 MG / 0.8ML	Nivel 4	X	X		
HADLIMA PUSH INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN AUTO-INJECTOR 40 MG / 0.4ML	Nivel 4	X	X		
HADLIMA PUSH INJ 40/0.8ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN AUTO-INJECTOR 40 MG / 0.8ML	Nivel 4	X	X		
HAEGARDA INJ 2000UNIT	C1 ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) FOR SUBCUTANEOUS INJ 2000 UNIT	Nivel 6	X	X		
HAEGARDA INJ 3000UNIT	C1 ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) FOR SUBCUTANEOUS INJ 3000 UNIT	Nivel 6	X	X		
HAVRIX INJ 1440UNIT	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 1440 EL UNIT / ML	Nivel 1		X		
HAVRIX INJ 720UNIT	HEPATITIS A VACCINE SUSP PRE-FILLED SYR 720 EL UNIT / 0.5ML	Nivel 1		X		
HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML	HEPATITIS B VACCINE RECOMB ADJUVANTED PREF SYR 20 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
HIBERIX SOL 10MCG	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJUGATE VAC FOR INJ 10 MCG	Nivel 1		X		
ICATIBANT INJ 30MG/3ML	ICATIBANT ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 30 MG / 3ML	Nivel 4	X	X		
INFANRIX INJ	DIPH, ACELLULAR PERT & TET TOX INJ 25 LF-58 MCG-10 LF / 0.5ML	Nivel 1		X		
IPOL INJ INACTIVE	POLIOVIRUS VACCINE, IPV INJECTION	Nivel 1		X		
JYNNEOS INJ	SMALLPOX & MONKEYPOX VAC, LIVE, NON-REPLICATING INJ 0.5 ML	Nivel 1		X		
KINRIX INJ	DIPH-TETANUS-ACELL PERT-POLIO, IPV VACC SUSP PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		
LEFLUNOMIDE TAB 10MG	LEFLUNOMIDE TAB 10 MG	Nivel 2				
LEFLUNOMIDE TAB 20MG	LEFLUNOMIDE TAB 20 MG	Nivel 2				
M-M-R II INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA VIRUS VACCINES FOR INJ SOLN	Nivel 1		X		
MENQUADFI INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) TETANUS CONJUGATE VACCINE	Nivel 1		X		
MENVEO INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) OLIGO CONJ VAC FOR INJ	Nivel 1		X		
MENVEO SOL	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) OLIGO CONJ VAC IM SOLN	Nivel 1		X		
METHOTREXATE INJ 1GM	METHOTREXATE SODIUM FOR INJ 1 GM	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 1GM/40ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 1000 MG / 40ML (25 MG / ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 250/10ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 250 MG / 10ML (25 MG / ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 25MG/ML	METHOTREXATE SODIUM INJ 50 MG / 2ML (25 MG / ML)	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
METHOTREXATE INJ 25MG/ML	METHOTREXATE SODIUM INJ 250 MG / 10ML (25 MG / ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 25MG/ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 1000 MG / 40ML (25 MG / ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 50MG/2ML	METHOTREXATE SODIUM INJ 50 MG / 2ML (25 MG / ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE INJ 50MG/2ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 50 MG / 2ML (25 MG / ML)	Nivel 2				
METHOTREXATE TAB 2.5MG	METHOTREXATE SODIUM TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				
MODERNA INJ 2024-25	COVID-19 MRNA VAC 6MO-11YR-MODERNA IM SUSP PFS 25 MCG / 0.25ML	Nivel 1		X		
MRESVIA INJ 50MCG	RSV MRNA PRE-F VACCINE IM SUSP PREF SYR 50 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
MYCOPHENOLAT CAP 250MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL CAP 250 MG	Nivel 2				
MYCOPHENOLAT SUS 200MG/ML	MYCOPHENOLATE MOFETIL FOR ORAL SUSP 200 MG / ML	Nivel 3				
MYCOPHENOLAT TAB 500MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL TAB 500 MG	Nivel 2				
MYCOPHENOLIC TAB 180MG DR	MYCOPHENOLATE SODIUM TAB DR 180 MG (MYCOPHENOLIC ACID EQUIV)	Nivel 3				
MYCOPHENOLIC TAB 360MG DR	MYCOPHENOLATE SODIUM TAB DR 360 MG (MYCOPHENOLIC ACID EQUIV)	Nivel 3				
NOVAVAX INJ 2024-25	COVID-19 SUBUNIT VACC-NOVAVAX IM SUSP PREF SYR 5 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
OLUMIANT TAB 1MG	BARICITINIB TAB 1 MG	Nivel 4	X	X		
OLUMIANT TAB 2MG	BARICITINIB TAB 2 MG	Nivel 4	X	X		
OLUMIANT TAB 4MG	BARICITINIB TAB 4 MG	Nivel 4	X	X		
OTEZLA TAB 10/20	APREMILAST TAB STARTER THERAPY PACK 4 X 10 MG & 51 X 20 MG	Nivel 4	X	X		
OTEZLA TAB 10/20/30	APREMILAST TAB STARTER THERAPY PACK 10 MG & 20 MG & 30 MG	Nivel 4	X	X		
OTEZLA TAB 20MG	APREMILAST TAB 20 MG	Nivel 4	X	X		
OTEZLA TAB 30MG	APREMILAST TAB 30 MG	Nivel 4	X	X		
PEDIARIX INJ 0.5ML	DIPH-TET TOX-ACELL PERT-HEP B-POLIO IPV VAC SUSP PREF SYR	Nivel 1		X		
PEDVAX HIB INJ	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJ VAC IM SUSP 7.5 MCG / 0.5 ML	Nivel 1		X		
PENBRAYA INJ	MENINGOCOCCAL ACYW (TET CONJ)-MENING B (RCMB) VACC FOR INJ	Nivel 1		X		
PENTACEL INJ	DIPH-AC PER-TET TOX AD-POLIOV-HAEMOPH B POLY VAC FOR IM SUSP	Nivel 1		X		
PFIZER 5-11Y INJ 2024-25	COVID-19 MRNA VAC TRIS-S 5-11Y-PFIZER IM SUSP 10 MCG / 0.3ML	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PFIZER 6M-4Y INJ 2024-25	COVID-19 MRNA VAC TRIS-S 6MO-4Y-PFIZER IM SUSP 3 MCG / 0.3ML	Nivel 1		X		
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5	PNEUMOCOCCAL VACCINE POLYVALENT INJ SOLN 25 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5	PNEUMOCOCCAL VACCINE POLYVALENT SOLN PREF SYR 25 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ ML	HEPATITIS B VACCINE 3-ANTIGEN (RECOMBINANT) SUSP 10 MCG / ML	Nivel 1		X		
PREVNAR 13 INJ	PNEUMOCOCCAL 13-VALENT CONJUGATE VACCINE INJ	Nivel 1		X		
PREVNAR 20 INJ	PNEUMOCOCCAL 20-VALENT CONJUGATE VACCINE SUS PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		
PRIORIX INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA VIRUS VACCINES FOR SUBCUTANEOUS SUSP	Nivel 1		X		
PROQUAD INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA-VARICELLA VIRUS VACCINES FOR SUSP	Nivel 1		X		
QUADRACEL INJ 0.5ML	DIPH-TETANUS TOX AD-ACELL PERT & POLIO VIRUS, IPV VAC INJ	Nivel 1		X		
QUADRACEL INJ 0.5ML	DIPH-TETANUS-ACELL PERT-POLIO, IPV VACC SUSP PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 10 MCG / ML	Nivel 1		X		
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 10 MCG / ML	Nivel 1		X		
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 5 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 5 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 40 MCG / ML	Nivel 1		X		
RINVOQ LQ SOL 1MG/ML	UPADACITINIB ORAL SOLN 1 MG / ML	Nivel 4	X	X		
RINVOQ TAB 15MG ER	UPADACITINIB TAB ER 24HR 15 MG	Nivel 4	X	X		
RINVOQ TAB 30MG ER	UPADACITINIB TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 4	X	X		
RINVOQ TAB 45MG ER	UPADACITINIB TAB ER 24HR 45 MG	Nivel 4	X	X		
ROTARIX SUS	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE ORAL SUSP	Nivel 1		X		
ROTARIX SUS	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE FOR ORAL SUSP	Nivel 1		X		
ROTATEQ SOL	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE ORAL PENTAVALENT SOLN	Nivel 1		X		
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	CYCLOSPORINE ORAL SOLN 100 MG/ ML	Nivel 5				
SHINGRIX INJ 50/0.5ML	ZOSTER VAC RECOMBINANT ADJUVANTED FOR IM INJ 50 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
SIMPONI INJ 100MG/ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 100 MG / ML	Nivel 4	X	X		
SIMPONI INJ 100MG/ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG / ML	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SIMPONI INJ 50/0.5ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 50 MG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
SIMPONI INJ 50/0.5ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 50 MG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
SIROLIMUS TAB 0.5MG	SIROLIMUS TAB 0.5 MG	Nivel 3				
SIROLIMUS TAB 1MG	SIROLIMUS TAB 1 MG	Nivel 3				
SIROLIMUS TAB 2MG	SIROLIMUS TAB 2 MG	Nivel 3				
SKYRIZI INJ 150MG/ML	RISANKIZUMAB-RZAA SOLN PRE-FILLED SYRINGE 150 MG / ML	Nivel 4	X	X		
SKYRIZI INJ 180/1.2	RISANKIZUMAB-RZAA SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE 180 MG /1.2ML	Nivel 4	X	X		
SKYRIZI INJ 360/2.4	RISANKIZUMAB-RZAA SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE 360 MG /2.4ML	Nivel 4	X	X		
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	RISANKIZUMAB-RZAA SOLN AUTO-INJECTOR 150 MG / ML	Nivel 4	X	X		
SPIKEVAX INJ 2024-25	COVID-19 MRNA VACCINE-MODERNA IM SUSP PREF SYR 50 MCG / 0.5ML	Nivel 1		X		
TACROLIMUS CAP 0.5MG	TACROLIMUS CAP 0.5 MG	Nivel 2				
TACROLIMUS CAP 1MG	TACROLIMUS CAP 1 MG	Nivel 2				
TACROLIMUS CAP 5MG	TACROLIMUS CAP 5 MG	Nivel 2				
TENIVAC INJ 5-2LF	TETANUS-DIPHtheria TOXoids (TD) INJ 5-2 LFU	Nivel 1		X		
TRUMENBA INJ	MENINGOCOCCAL GROUP B VAC (RECOMB) IM SUSP PREFILLED SYR	Nivel 1		X		
TWINRIX INJ	HEP A-HEP B VACCINE SUSP PREF SYR 720-20 ELU-MCG / ML	Nivel 1		X		
TYENNE INJ 162/0.9	TOCILIZUMAB-AAZG SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJ 162 MG / 0.9ML	Nivel 4		X		
TYENNE INJ 162MG	TOCILIZUMAB-AAZG SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 162 MG / 0.9ML	Nivel 4		X		
VAQTA INJ 25/0.5ML	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 25 UNIT / 0.5ML	Nivel 1		X		
VAQTA INJ 50UNT/ML	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 50 UNIT / ML	Nivel 1		X		
VARIVAX INJ	VARICELLA VIRUS VAC LIVE FOR INJ 1350 PFU / 0.5ML	Nivel 1		X		
VAXELIS INJ	DIPH-TET TOX-AC PERT AD-POLIO IPV-HIB-HEPATITIS B RECMB SUSP	Nivel 1		X		
VAXELIS INJ	DIPH-TET TOX-AC PERT AD-POLIO IPV-HIB-HEP B REC SUSP PRE SYR	Nivel 1		X		
VAXNEUVANCE INJ	PNEUMOCOCCAL 15-VALENT CONJUGATE VACCINE SUS PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		
XELJANZ SOL 1MG/ML	TOFACITINIB CITRATE ORAL SOLN 1 MG / ML (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
XELJANZ TAB 10MG	TOFACITINIB CITRATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
XELJANZ TAB 5MG	TOFACITINIB CITRATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
XELJANZ XR TAB 11MG	TOFACITINIB CITRATE TAB ER 24HR 11 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
XELJANZ XR TAB 22MG	TOFACITINIB CITRATE TAB ER 24HR 22 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 4	X	X		
Inflammatory Bowel Disease Agents						
ANALPRAM-HC LOT 2.5%	HYDROCORTISONE ACETATE W / PRAMOXINE PERIANAL LOTN 2.5-1%	Nivel 5				
BALSALAZIDE CAP 750MG	BALSALAZIDE DISODIUM CAP 750 MG	Nivel 3				
BUDESONIDE CAP 3MG DR	BUDESONIDE DELAYED RELEASE PARTICLES CAP 3 MG	Nivel 3				
CORTIFOAM AER 90MG	HYDROCORTISONE ACETATE PERI-ANAL FOAM 10% (90 MG / DOSE)	Nivel 3				
DIPENTUM CAP 250MG	OLSALAZINE SODIUM CAP 250 MG	Nivel 5				
HC PRAMOXINE CRE 1-1%	HYDROCORTISONE ACETATE W / PRAMOXINE PERIANAL CREAM 1-1%	Nivel 3				
HYDROCORT ENE 100MG	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG / 60ML	Nivel 3				
HYDROCORTISO CRE 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	Nivel 2				
MESALAMINE CAP 0.375GM	MESALAMINE CAP ER 24HR 0.375 GM	Nivel 3		X		
MESALAMINE ENE 4GM	MESALAMINE ENEMA 4 GM	Nivel 3		X		
MESALAMINE KIT 4GM	*MESALAMINE RECTAL ENEMA 4 GM & CLEANSER WIPE KIT**	Nivel 3		X		
MESALAMINE SUP 1000MG	MESALAMINE SUPPOS 1000 MG	Nivel 3		X		
MESALAMINE TAB 1.2GM	MESALAMINE TAB DELAYED RELEASE 1.2 GM	Nivel 3		X		
PROCTO-MED CRE HC 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	Nivel 2				
SULFASALAZIN TAB 500MG	SULFASALAZINE TAB 500 MG	Nivel 2				
SULFASALAZIN TAB 500MG DR	SULFASALAZINE TAB DELAYED RELEASE 500 MG	Nivel 2				
Metabolic Bone Disease Agents						
ALENDRONATE SOL 70/75ML	ALENDRONATE SODIUM ORAL SOLN 70 MG / 75ML	Nivel 3				
ALENDRONATE TAB 10MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 10 MG	Nivel 2		X		
ALENDRONATE TAB 35MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 35 MG	Nivel 2		X		
ALENDRONATE TAB 70MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 70 MG	Nivel 2		X		
CALCITONIN SPR 200/ACT	CALCITONIN (SALMON) NASAL SOLN 200 UNIT / ACT	Nivel 2		X		
CALCITRIOL CAP 0.25MCG	CALCITRIOL CAP 0.25 MCG	Nivel 2				
CALCITRIOL CAP 0.5MCG	CALCITRIOL CAP 0.5 MCG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CALCITRIOL SOL 1MCG/ ML	CALCITRIOL ORAL SOLN 1 MCG / ML	Nivel 3				
CINACALCET TAB 30MG	CINACALCET HCL TAB 30 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
CINACALCET TAB 60MG	CINACALCET HCL TAB 60 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
CINACALCET TAB 90MG	CINACALCET HCL TAB 90 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
IBANDRONATE TAB 150MG	IBANDRONATE SODIUM TAB 150 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
PARICALCITOL CAP 1 MCG	PARICALCITOL CAP 1 MCG	Nivel 3				
PARICALCITOL CAP 2 MCG	PARICALCITOL CAP 2 MCG	Nivel 3				
PARICALCITOL CAP 4 MCG	PARICALCITOL CAP 4 MCG	Nivel 3				
RISEDRONATE TAB 150MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 150 MG	Nivel 3		X		
RISEDRONATE TAB 30MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 30 MG	Nivel 3		X		
RISEDRONATE TAB 35MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 35 MG	Nivel 3		X		
RISEDRONATE TAB 5MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 5 MG	Nivel 3		X		
TYMLOS INJ	ABALOPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLN PEN-INJECTOR 3120 MCG/ 1.56ML	Nivel 4	X	X		
Miscellaneous Therapeutic Agents						
ALCOHOL PREP PAD	*ALCOHOL SWABS***	Nivel 1				
BD GLUCOSE CHW 5GM	GLUCOSE CHEW TAB 5 GM	Nivel 3				
CAYA DPR	*DIAPHRAGM ARC-SPRING***	Nivel 1				
CHEMSTRIP K TES	ACETONE (URINE) TEST STRIP	Nivel 1				
CHEMSTRIP TES MICRAL	ALBUMIN (URINE) TEST STRIP	Nivel 1				
COMFORT TOUC MIS 31GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 4 MM (1/ 6" OR 5 / 32")	Nivel 1				
COMFORT TOUC MIS 32GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 8 MM (1/ 3" OR 5 / 16")	Nivel 1				
COMFORT TOUC MIS 33GX1/4"	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X 6 MM (1/ 4" OR 15 / 64")	Nivel 1				
COMFORT TOUC MIS 33GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X 5 MM (1/ 5" OR 3 / 16")	Nivel 1				
COMFORT TOUC MIS 33GX5/32	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X 4 MM (1/ 6" OR 5 / 32")	Nivel 1				
CONDOMS MIS	*Condoms - Male***	Nivel 1		X		
COUNT-A-DOSE MIS	*INSULIN ADMINISTRATION SUP- PLIES - MISC***	Nivel 1				
DEXCOM G6 MIS RE- CEIVER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X		
DEXCOM G6 MIS SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X		
DEXCOM G6 MIS TRANS- MIT	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM TRANSMITTER***	Nivel 5	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X		
DEXCOM G7 MIS SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X		
DIASCREEN MIS 1G	*URINE GLUCOSE MONITORING SUPPLIES***	Nivel 1				
DIASTIX TES STRIPS	GLUCOSE URINE TEST-(GLUCOSE OXIDASE) STRIP	Nivel 1				
DUREX MIS REALFEEL	Condoms Non-Latex Lubricated	Nivel 1		X		
DUREX MIS TROPICAL	Condoms Latex Lubricated	Nivel 1		X		
EASY COMFORT MIS 29GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 4 MM (1/6" OR 5/32")	Nivel 1				
EASY TOUCH MIS 30G	INSULIN PEN NEEDLE 30 G X 6 MM (1/4" OR 15/64")	Nivel 1				
ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL	ERGOLOID MESYLATES TAB 1 MG	Nivel 3				
ETHY ALCOHOL SOL 70% RUB	ALCOHOL, RUBBING 70%	Nivel 1				
FC2 FEMALE MIS CONDOM	*Condoms - Female***	Nivel 1		X		
FEMCAP MIS 22MM	CERVICAL CAP 22 MM	Nivel 1				
FEMCAP MIS 26MM	CERVICAL CAP 26 MM	Nivel 1				
FEMCAP MIS 30MM	CERVICAL CAP 30 MM	Nivel 1				
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	*SPACER / AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - MASKS***	Nivel 2		X		
FREE LIBRE2 KIT PLUS/SEN	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X		
FREE LIBRE3 KIT PLUS/SEN	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X		
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X		
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X		
FREESTY LIBR KIT SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X		
FREESTY LIBR MIS 2 READER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X		
FREESTY LIBR MIS 3 READER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X		
FREESTY LIBR MIS READER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X		
FREESTYLE MIS READER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X		
GAUZE PAD 2"x2"	*GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2" X 2"***	Nivel 3				
GLUCOSE BITS CHW 1GM	GLUCOSE CHEW TAB 1 GM	Nivel 3				
GLUCOSE GEL 15GM/33G	GLUCOSE GEL 15 GM / 33GM	Nivel 3				
GLUCOSE GEL 40%	GLUCOSE GEL 40%	Nivel 3				
GNP GLUCOSE CHW 2GM	GLUCOSE CHEW TAB 2 GM (CARB EQUIV)	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
HYDROGEN PER SOL 3%	HYDROGEN PEROXIDE SOLN 3%	Nivel 1				
INS SYR U500 MIS 31GX6MM	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-500 0.5 ML 31G X 6MM (15 / 64")	Nivel 1				
INSPIREASE MIS DD SYST	*SPACER / AEROSOL-HOLDING CHAMBERS - DEVICE***	Nivel 2		X		
INSPIREASE MIS RES BAG	*SPACER / AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - BAGS***	Nivel 2		X		
INSTA-GLUCOS GEL 774%	GLUCOSE GEL 774%	Nivel 3				
INSULIN SRYG MIS 1ML/32G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 32 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/29G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 0.3 ML 29 X 1 / 2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/30G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 0.3 ML 30 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/30G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 0.3 ML 30 X 1 / 2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 0.3 ML 31 X 15 / 64"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 0.3 ML 31 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/28G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 / 2 ML 28 X 1 / 2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/29G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 / 2 ML 29 X 1 / 2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 / 2 ML 30 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 / 2 ML 30 X 1 / 2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/31G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 / 2 ML 31 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/31G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 / 2 ML 31 X 15 / 64"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/32G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 0.5 ML 32 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/27G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 27 X 5 / 8"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 28 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 28 X 1 / 2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 29 X 1 / 2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 29 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 30 X 5 / 16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 30 X 1 / 2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 31 X 5 / 16"	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 31 X 15 / 64"	Nivel 1				
ISOP ALCOHOL SOL 70% RUB	ISOPROPYL ALCOHOL, RUBBING 70%	Nivel 1				
KETO-DIASTIX TES	*URINE GLUCOSE-KETONES TEST STRIPS***	Nivel 1				
LAGEVRIO CAP 200MG	MOLNUPIRAVIR CAP 200 MG	Nivel 1		X		
MASK VORTEX/ MIS FROG	*SPACER / AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - MASKS***	Nivel 2		X		
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1/ 2 ML 27 X 1 / 2"	Nivel 1				
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2"	INSULIN SYRINGE / NEEDLE U-100 1 ML 27 X 1 / 2"	Nivel 1				
METHYLERGON TAB 0.2MG	METHYLERGONOVINE MALEATE TAB 0.2 MG	Nivel 3		X		
NEEDLE COLLE MIS DIS-POSAL	*SHARPS CONTAINER - MISC***	Nivel 1				
NOVOFINE AUT MIS 30GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 30 G X 8 MM (1 / 3" OR 5 / 16")	Nivel 1				
NOVOFINE MIS 32GX6MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 6 MM (1 / 4" OR 15 / 64")	Nivel 1				
NOVOFINE PLS MIS 32GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 4 MM (1 / 6" OR 5 / 32")	Nivel 1				
OMNIFLEX DPR	*DIAPHRAGMS***	Nivel 1				
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	*INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP KIT***	Nivel 5	X	X		
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	*INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP RESERVOIR***	Nivel 5	X	X		
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	*INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP KIT***	Nivel 5	X	X		
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	*INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP RESERVOIR***	Nivel 5	X	X		
OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	*INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP KIT***	Nivel 5	X	X		
OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6	*INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP RESERVOIR***	Nivel 5	X	X		
PAXLOVID TAB 150-100	NIRMATRELVIR TAB 10 X 150 MG & RITONAVIR TAB 10 X 100 MG PAK	Nivel 1		X		
PAXLOVID TAB 300-100	NIRMATRELVIR TAB 20 X 150 MG & RITONAVIR TAB 10 X 100 MG PAK	Nivel 1		X		
PEN NEEDLE MIS 29GX1/2"	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 12.7 MM (1 / 2")	Nivel 1				
PEN NEEDLE MIS 29GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 5 MM (1 / 5" OR 3 / 16")	Nivel 1				
PEN NEEDLE MIS 29GX5/16	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 8 MM (1 / 3" OR 5 / 16")	Nivel 1				
PEN NEEDLES MIS 29GX1/2"	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 12 MM (1 / 2")	Nivel 1				
PEN NEEDLES MIS 31GX1/4"	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 6 MM (1 / 4" OR 15 / 64")	Nivel 1				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PEN NEEDLES MIS 31GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 5 MM (1/ 5" OR 3/ 16")	Nivel 1				
PEN NEEDLES MIS 31GX5/16	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 8 MM (1/ 3" OR 5/ 16")	Nivel 1				
PENTIPS MIS 29GX12MM	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 12 MM (1/ 2")	Nivel 1				
PENTIPS MIS 31GX5MM	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 5 MM (1/ 5" OR 3/ 16")	Nivel 1				
PENTIPS MIS 31GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 31 G X 8 MM (1/ 3" OR 5/ 16")	Nivel 1				
PENTIPS MIS 32GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 4 MM (1/ 6" OR 5/ 32")	Nivel 1				
PHEXXI GEL	Lactic Acid-Citric Acid-Potassium Bitartrate Gel 1.8-1-0.4%	Nivel 1		X		
PRECISN XTRA TES KE-TONE	KETONE BLOOD TEST STRIP	Nivel 1				
QUICK TOUCH MIS 33GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X 8 MM (1/ 3" OR 5/ 16")	Nivel 1				
RA URINARY TES TRACT IN	*URINARY TRACT INFECTION (UTI) TEST STRIP***	Nivel 3				
RADIOGARDASE CAP 0.5GM	PRUSSIAN BLUE INSOLUBLE CAP 0.5 GM	Nivel 5				
SM GLUCOSE CHW SOUR APP	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM (ROUND-ED)	Nivel 3				
TRUEPLS GLUC GEL 15/32ML	GLUCOSE GEL 15 GM / 32ML	Nivel 3				
TRUEPLUS CHW GLUCOSE	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM (ROUND-ED)	Nivel 3				
ULTICARE MIS 30GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 30 G X 5 MM (1/ 5" OR 3/ 16")	Nivel 1				
UTI HOME TES TEST	*URINARY TRACT INFECTION (UTI) TEST***	Nivel 3				
WIDE-SEAL DPR KIT 60	DIAPHRAGM WIDE SEAL 60 MM	Nivel 1				
WIDE-SEAL DPR KIT 65	DIAPHRAGM WIDE SEAL 65 MM	Nivel 1				
WIDE-SEAL DPR KIT 70	DIAPHRAGM WIDE SEAL 70 MM	Nivel 1				
WIDE-SEAL DPR KIT 75	DIAPHRAGM WIDE SEAL 75 MM	Nivel 1				
WIDE-SEAL DPR KIT 80	DIAPHRAGM WIDE SEAL 80 MM	Nivel 1				
WIDE-SEAL DPR KIT 85	DIAPHRAGM WIDE SEAL 85 MM	Nivel 1				
WIDE-SEAL DPR KIT 90	DIAPHRAGM WIDE SEAL 90 MM	Nivel 1				
WIDE-SEAL DPR KIT 95	DIAPHRAGM WIDE SEAL 95 MM	Nivel 1				
Ophthalmic Agents						
AKTEN GEL 3.5%	LIDOCAINE HCL OPHTH GEL 3.5%	Nivel 5				
ALOCRIL SOL 2%	NEDOCROMIL SODIUM OPHTH SOLN 2%	Nivel 5				
ALOMIDE SOL 0.1% OP	LODOXAMIDE TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.1%	Nivel 5				
ALTACAINE SOL 0.5% OP	TETRACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
ALTAFRIN SOL 10% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 10%	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ALTAFRIN SOL 2.5% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 2.5%	Nivel 2				
APRACLONIDIN SOL 0.5% OP	APRACLONIDINE HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
ATROPINE SUL SOL 1% OP	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
AZASITE SOL 1%	AZITHROMYCIN OPHTH SOLN 1%	Nivel 5				
AZELASTINE DRO 0.05%	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Nivel 2				
BACIT/POLYMY OIN OP	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	Nivel 2				
BACITRACIN OIN OP	BACITRACIN OPHTH OINT 500 UNIT/GM	Nivel 3				
BEPOTASTINE DRO 1.5% OP	BEPOTASTINE BESILATE OPHTH SOLN 1.5%	Nivel 3		X		
BETADINE SOL 5% OP	POVIDONE-IODINE OPHTH SOLN 5%	Nivel 5				
BETAXOLOL SOL 0.5% OP	BETAXOLOL HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
BRIMO/TIMOLO SOL 0.2/0.5%	BRIMONIDINE TARTRATE-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.2-0.5%	Nivel 3		X		
BRIMONIDINE SOL 0.15%	BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SOLN 0.15%	Nivel 2		X		
BRIMONIDINE SOL 0.2% OP	BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SOLN 0.2%	Nivel 2		X		
BRINZOLAMIDE SUS 1%	BRINZOLAMIDE OPHTH SUSP 1%	Nivel 3		X		
BRINZOLAMIDE SUS 1% OP	BRINZOLAMIDE OPHTH SUSP 1%	Nivel 3		X		
BROMFENAC DRO 0.09% OP	BROMFENAC SODIUM OPHTH SOLN 0.09% (BASE EQUIV) (ONCE-DAILY)	Nivel 3		X		
CARTEOLOL SOL 1% OP	CARTEOLOL HCL OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
CIPROFLOXACN SOL 0.3% OP	CIPROFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.3% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
CROMOLYN SOD SOL 4% OP	CROMOLYN SODIUM OPHTH SOLN 4%	Nivel 2				
CYCLOMYDRIL SOL OP	CYCLOPENTOLATE W/ PHENYLEPHRINE OPHTH SOLN 0.2-1%	Nivel 5				
CYCLOPENTOL SOL 1% OP	CYCLOPENTOLATE HCL OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP	CYCLOSPORINE (OPHTH) EMULSION 0.05%	Nivel 3	X	X		
CYSTARAN SOL 0.44%	CYSTEAMINE HCL OPHTH SOLN 0.44% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE OPHTH SOLN 0.1%	Nivel 2				
DICLOFENAC SOL 0.1% OP	DICLOFENAC SODIUM OPHTH SOLN 0.1%	Nivel 2				
DIFLUPREDNAT EMU 0.05%	DIFLUPREDNATE OPHTH EMULSION 0.05%	Nivel 3				
DORZOL/TIMOL SOL 2-0.5%OP	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 2-0.5%	Nivel 2		X		
DORZOL/TIMOL SOL 2%-0.5%	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE PF OPHTH SOLN 2-0.5%	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DORZOLAMIDE SOL 2% OP	DORZOLAMIDE HCL OPHTH SOLN 2%	Nivel 2				
EPINASTINE DRO 0.05%	EPINASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Nivel 2		X	X	
ERYTHROMYCIN OIN 5MG/GM	ERYTHROMYCIN OPHTH OINT 5 MG/GM	Nivel 2				PRV* \$0 de copago una vez que su proveedor de atención médica confirme que es para prevenir la conjuntivitis neonatal gonocócica de un recién nacido.
FLUOROMETHOL SUS 0.1% OP	FLUOROMETHOLONE OPHTH SUSP 0.1%	Nivel 2				
FLURBIPROFEN SOL 0.03% OP	FLURBIPROFEN SODIUM OPHTH SOLN 0.03%	Nivel 2				
GATIFLOXACIN SOL 0.5%	GATIFLOXACIN OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 3				
GENTAMICIN SOL 0.3% OP	GENTAMICIN SULFATE OPHTH SOLN 0.3%	Nivel 2				
INVELTYS SUS 1%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH SUSP 1%	Nivel 5		X		
IOPIDINE SOL 1% OP	APRACLONIDINE HCL OPHTH SOLN 1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 5				
ISOPTO ATROP SOL 1% OP	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	Nivel 5				
KETOROLAC SOL 0.4%	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.4%	Nivel 2				
KETOROLAC SOL 0.5%	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
KETOROLAC SOL 0.5% OP	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
LASTACFT SOL 0.25%	ALCAFTADINE OPHTH SOLN 0.25%	Nivel 5		X		
LATANOPROST SOL 0.005%	LATANOPROST OPHTH SOLN 0.005%	Nivel 2				
LEVOBUNOLOL SOL 0.5% OP	LEVOBUNOLOL HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
LEVOFLOXACIN SOL 1.5%	LEVOFLOXACIN OPHTH SOLN 1.5%	Nivel 2				
LOTEMAX OIN 0.5%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH OINT 0.5%	Nivel 5				
LOTEMAX SM GEL 0.38%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH GEL 0.38%	Nivel 5		X		
LOTEPREDNOL SUS 0.5%	LOTEPREDNOL ETABONATE OPHTH SUSP 0.5%	Nivel 3		X		
LUMIGAN SOL 0.01% OP	BIMATOPROST OPHTH SOLN 0.01%	Nivel 3		X		
MITOSOL KIT 0.2MG	MITOMYCIN FOR OPHTH SOLN KIT 0.2 MG	Nivel 5				
MOXIFLOXACIN SOL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
MOXIFLOXACIN SOL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQ) (2 TIMES DAILY)	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
MOXIFLOXACIN SOL HCL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
NATACYN SUS 5% OP	NATAMYCIN OPHTH SUSP 5%	Nivel 5				
NEO/BAC/POLY OIN OP	NEOMYCIN-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5)MG-400UNT-10000UNT OP OIN	Nivel 2				
NEO/POLY/BAC OIN /HC 1%OP	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HC OPHTH OINT 1%	Nivel 3				
NEO/POLY/BAC OIN OP	NEOMYCIN-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5)MG-400UNT-10000UNT OP OIN	Nivel 2				
NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE OPHTH OINT 0.1%	Nivel 2				
NEO/POLY/DEX SUS 0.1% OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE OPHTH SUSP 0.1%	Nivel 2				
NEO/POLY/GRA SOL OP	NEOMYCIN-POLYMY-GRAMICID OP SOL 1.75-10000-0.025MG-UNT-MG / ML	Nivel 2				
NEO/POLY/HC SUS OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OPHTH SUSP	Nivel 3				
OFLOXACIN DRO 0.3% OP	OFLOXACIN OPHTH SOLN 0.3%	Nivel 2				
OLOPATADINE DRO 0.1%	OLOPATADINE HCL OPHTH SOLN 0.1% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2		X		
PHENYLEPHRIN SOL 10% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 10%	Nivel 2				
PHENYLEPHRIN SOL 2.5% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 2.5%	Nivel 2				
PHOSPHOLINE SOL 0.125%OP	ECHOTHIOPHATE IODIDE OPHTH FOR SOLN 0.125%	Nivel 3				
PILOCARPINE SOL 1% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
PILOCARPINE SOL 2% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 2%	Nivel 2				
PILOCARPINE SOL 4% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 4%	Nivel 2				
POLYMYXIN B/ SOL TRI-METHP	POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM OPHTH SOLN 10000 UNIT / ML-0.1%	Nivel 2				
PRED SOD PHO SOL 1% OP	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
PREDNISOLONE SUS 1% OP	PREDNISOLONE ACETATE OPHTH SUSP 1%	Nivel 2				
PROPARACAINE SOL 0.5% OP	PROPARACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	BRINZOLAMIDE-BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SUSP 1-0.2%	Nivel 5		X		
SULF/PRED NA SOL OP	SULFACETAMIDE SODIUM-PREDNISOLONE OPHTH SOLN 10-0.23(0.25)%	Nivel 2				
SULFACET SOD OIN 10% OP	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH OINT 10%	Nivel 2				
SULFACET SOD SOL 10% OP	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH SOLN 10%	Nivel 2				
TAFLUPROST SOL 0.0015%	TAFLUPROST PRESERVATIVE FREE (PF) OPHTH SOLN 0.0015%	Nivel 3		X	X	
TETRACAINE SOL 0.5% OP	TETRACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TIMOLOL HEMI SOL 0.5% OP	TIMOLOL OPTH SOLN 0.5%	Nivel 3		X		
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP	TIMOLOL MALEATE OPTH SOLN 0.25%	Nivel 2				
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE OPTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
TIMOLOL MALE SOL 0.5%	TIMOLOL MALEATE OPTH SOLN 0.5% (ONCE-DAILY)	Nivel 3				
TIMOLOL MALE SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE OPTH SOLN 0.5% (ONCE-DAILY)	Nivel 3				
TOBRA/DEXAME SUS 0.3-0.1%	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE OPTH SUSP 0.3-0.1%	Nivel 3				
TOBRAMYCIN SOL 0.3% OP	TOBRAMYCIN OPTH SOLN 0.3%	Nivel 2				
TRAVOPROST DRO 0.004%	TRAVOPROST OPTH SOLN 0.004% (BENZALKONIUM FREE) (BAK FREE)	Nivel 3		X		
TRIFLURIDINE SOL 1% OP	TRIFLURIDINE OPTH SOLN 1%	Nivel 3				
ZIRGAN GEL 0.15%	GANCICLOVIR OPTH GEL 0.15%	Nivel 5				
ZYLET SUS 0.5-0.3%	LOTEPREDNOL ETABONATE-TOBRAMYCIN OPTH SUSP 0.5-0.3%	Nivel 5				
Otic Agents						
ACETIC ACID SOL 2% OTIC	ACETIC ACID OTIC SOLN 2%	Nivel 2				
CIPRO/DEXA SUS 0.3-0.1%	CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE OTIC SUSP 0.3-0.1%	Nivel 3			X	
CIPRO/FLUOC DRO PF	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE ACETON (PF) OTIC SOLN 0.3-0.025%	Nivel 5				
CIPROFLOXACN SOL 0.2%	CIPROFLOXACIN HCL OTIC SOLN 0.2% (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
CORTISPORIN SUS -TC OTIC	NEOMYCIN-COLISTIN-HC-THONZONIUM OTIC SUSP 3.3-3-10-0.5 MG / ML	Nivel 5				
FLAC OIL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	Nivel 3				
FLUOCIN ACET OIL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	Nivel 3				
FLUOCIN ACET OIL EAR 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	Nivel 3				
HC/ACET ACID SOL 1-2% OTIC	HYDROCORTISONE W / ACETIC ACID OTIC SOLN 1-2%	Nivel 3				
NEO/POLY/HC SOL 1% OTIC	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OTIC SOLN 1%	Nivel 2				
NEO/POLY/HC SUS 1% OTIC	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OTIC SUSP 3.5 MG / ML-10000 UNIT / ML-1%	Nivel 2				
OFLOXACIN DRO 0.3% OTIC	OFLOXACIN OTIC SOLN 0.3%	Nivel 2				
OTOVEL DRO	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE ACETON (PF) OTIC SOLN 0.3-0.025%	Nivel 5				
Respiratory Tract/Pulmonary Agents						
ACETYLCYST SOL 10%	ACETYLCYSTEINE INHAL SOLN 10%	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ACETYLCYST SOL 20%	ACETYLCYSTEINE INHAL SOLN 20%	Nivel 2				
ADEMPAS TAB 0.5MG	RIOCIGUAT TAB 0.5 MG	Nivel 4	X	X		
ADEMPAS TAB 1.5MG	RIOCIGUAT TAB 1.5 MG	Nivel 4	X	X		
ADEMPAS TAB 1MG	RIOCIGUAT TAB 1 MG	Nivel 4	X	X		
ADEMPAS TAB 2.5MG	RIOCIGUAT TAB 2.5 MG	Nivel 4	X	X		
ADEMPAS TAB 2MG	RIOCIGUAT TAB 2 MG	Nivel 4	X	X		
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG / ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL NEB 0.083%	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.083% (2.5 MG / 3ML)	Nivel 1				
ALBUTEROL NEB 0.5%	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.5% (5 MG / ML)	Nivel 1				
ALBUTEROL NEB 0.63MG/3	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.63 MG / 3ML (BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL NEB 1.25MG/3	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 1.25 MG / 3ML (BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL SYP 2MG/5ML	ALBUTEROL SULFATE SYRUP 2 MG / 5ML	Nivel 3				
ALBUTEROL SYP 8MG/20ML	ALBUTEROL SULFATE SYRUP 2 MG / 5ML	Nivel 3				
ALBUTEROL TAB 2MG	ALBUTEROL SULFATE TAB 2 MG	Nivel 3				
ALBUTEROL TAB 4MG	ALBUTEROL SULFATE TAB 4 MG	Nivel 3				
ALVESCO AER 160MCG	CICLESONIDE INHAL AEROSOL 160 MCG / ACT	Nivel 5		X	X	
ALVESCO AER 80MCG	CICLESONIDE INHAL AEROSOL 80 MCG / ACT	Nivel 5		X	X	
ALYQ TAB 20MG	TADALAFIL TAB 20 MG (PAH)	Nivel 4	X	X		
AMBRISANTAN TAB 10MG	AMBRISANTAN TAB 10 MG	Nivel 4	X	X		
AMBRISANTAN TAB 5MG	AMBRISANTAN TAB 5 MG	Nivel 4	X	X		
ARFORMOTEROL NEB 15/2ML	ARFORMOTEROL TARTRATE SOLN NEBU 15 MCG / 2ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
ARNUITY ELPT INH 100MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV 100 MCG / ACT	Nivel 3		X		
ARNUITY ELPT INH 200MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV 200 MCG / ACT	Nivel 3		X		
ARNUITY ELPT INH 50MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV 50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
ASMANEX 120 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG / ACT (BREATH ACTI- VATED)	Nivel 3		X		
ASMANEX 14 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG / ACT (BREATH ACTI- VATED)	Nivel 3		X		
ASMANEX 30 AER 110MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 110 MCG / ACT (BREATH ACTI- VATED)	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ASMANEX 30 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG / ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3		X		
ASMANEX 60 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG / ACT (BREATH ACTIVATED)	Nivel 3		X		
ASMANEX HFA AER 100 MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 100 MCG / ACT	Nivel 3		X		
ASMANEX HFA AER 200 MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 200 MCG / ACT	Nivel 3		X		
ASMANEX HFA AER 50MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
ATROVENT HFA AER 17MCG	IPRATROPIUM BROMIDE HFA INHAL AEROSOL 17 MCG / ACT	Nivel 5		X		
AZELASTINE SPR 0.1%	AZELASTINE HCL NASAL SPRAY 0.1% (137 MCG / SPRAY)	Nivel 2		X		
BENZONATATE CAP 100MG	BENZONATATE CAP 100 MG	Nivel 2				
BENZONATATE CAP 200MG	BENZONATATE CAP 200 MG	Nivel 2				
BEVESPI AER 9-4.8MCG	GLYCOPYRROLATE-FORMOTEROL FUMARATE AEROSOL 9-4.8 MCG / ACT	Nivel 3		X		
BOSENTAN TAB 125MG	BOSENTAN TAB 125 MG	Nivel 4	X	X		
BOSENTAN TAB 62.5MG	BOSENTAN TAB 62.5 MG	Nivel 4	X	X		
BPM-PSE-DM SYP 2-30-10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG / 5ML	Nivel 2				
BREYNA AER 160/4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 160-4.5 MCG/ ACT	Nivel 3		X		
BREYNA AER 80/4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 80-4.5 MCG/ ACT	Nivel 3		X		
BREZTRI AERO AER SPHERE	BUDESONIDE-GLYCOPYRROLATE-FORMOTEROL AERS 160-9-4.8 MCG/ ACT	Nivel 3		X		
BROM/PSE/DM SYP	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG / 5ML	Nivel 2				
BROM/PSE/DM SYP 2-30-10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG / 5ML	Nivel 2				
BROM/PSE/DM SYP 2/30/10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10 MG / 5ML	Nivel 2				
BUDES/FORMOT AER 160-4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 160-4.5 MCG/ ACT	Nivel 3		X		
BUDES/FORMOT AER 80-4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 80-4.5 MCG / ACT	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
BUDESONIDE SUS 0.25MG/2	BUDESONIDE INHALATION SUSP 0.25 MG / 2ML	Nivel 3		X		
BUDESONIDE SUS 0.5MG/2	BUDESONIDE INHALATION SUSP 0.5 MG / 2ML	Nivel 3		X		
BUDESONIDE SUS 1MG/2ML	BUDESONIDE INHALATION SUSP 1 MG / 2ML	Nivel 3		X		
CARBINOXAMIN SOL 4MG/5ML	CARBINOXAMINE MALEATE SOLN 4 MG / 5ML	Nivel 2				
CARBINOXAMIN TAB 4MG	CARBINOXAMINE MALEATE TAB 4 MG	Nivel 2				
CLEMASTINE TAB 2.68MG	CLEMASTINE FUMARATE TAB 2.68 MG	Nivel 2				
CROMOLYN SOD NEB 20MG/2ML	CROMOLYN SODIUM SOLN NEBU 20 MG / 2ML	Nivel 3				
CYPROHEPTAD SYP 2MG/5ML	CYPROHEPTADINE HCL SYRUP 2 MG/ 5ML	Nivel 2				
CYPROHEPTAD TAB 4MG	CYPROHEPTADINE HCL TAB 4 MG	Nivel 2				
DESLOTATADIN TAB 5MG	DESLOTATADINE TAB 5 MG	Nivel 3				
DIPHENHYDRAM ELX 12.5/5ML	DIPHENHYDRAMINE HCL ELIXIR 12.5 MG / 5ML	Nivel 2				BH*
ELIXOPHYLLIN ELX 80/15ML	THEOPHYLLINE ELIXIR 80 MG / 15ML	Nivel 3				
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-IN-JECTOR 0.15 MG / 0.3ML (1:2000)	Nivel 1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-IN-JECTOR 0.15 MG / 0.15ML (1:1000)	Nivel 1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-IN-JECTOR 0.3 MG / 0.3ML (1:1000)	Nivel 1		X		
FLUNISOLIDE SPR 0.025%	FLUNISOLIDE NASAL SOLN 25 MCG / ACT (0.025%)	Nivel 3				
FLUTIC/SALME AER 100/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 100-50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME AER 250/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 250-50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME AER 500/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 500-50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME INH 113/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 113-14 MCG / ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME INH 232/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 232-14 MCG / ACT	Nivel 3		X		
FLUTIC/SALME INH 55/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 55-14 MCG / ACT	Nivel 3		X		
FLUTICASONE SPR 50MCG	FLUTICASONE PROPIONATE NASAL SUSP 50 MCG / ACT	Nivel 2		X		
FORMOTEROL NEB 20/2ML	FORMOTEROL FUMARATE SOLN NEBU 20 MCG / 2ML	Nivel 3		X		
GG/CODEINE SOL 100-10/5	GUAIFENESIN-CODEINE SOLN 100-10 MG / 5ML	Nivel 2	X	X		
GILTUSS TAB 10-388MG	PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN TAB 10-388 MG	Nivel 5				
HYD POL/CPM SUS 10-8/5ML	HYDROCOD POLST-CHLORPHEN POLST ER SUSP 10-8 MG / 5ML	Nivel 3	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
HYDROC/HOMAT TAB 5-1.5MG	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROMIDE TAB 5-1.5 MG	Nivel 2	X	X		
HYDROCOD/HOM SOL 5-1.5/5	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROM SOLN 5-1.5 MG/ 5ML	Nivel 2	X	X		
HYDROCOD/HOM SYP 5-1.5/5	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROM SOLN 5-1.5 MG/ 5ML	Nivel 2	X	X		
HYDROMET SYP 5-1.5/5	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROM SOLN 5-1.5 MG/ 5ML	Nivel 2	X	X		
HYPERSAL NEB 3.5%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3.5%	Nivel 3				
HYPERSAL NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	Nivel 3				
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG	UMECLIDINIUM BR AERO POWD BREATH ACT 62.5 MCG / ACT (BASE EQ)	Nivel 3		X		
IPRATROPIUM SOL 0.02%INH	IPRATROPIUM BROMIDE INHAL SOLN 0.02%	Nivel 2				
IPRATROPIUM SPR 0.03%	IPRATROPIUM BROMIDE NASAL SOLN 0.03% (21 MCG / SPRAY)	Nivel 2				
IPRATROPIUM SPR 0.06%	IPRATROPIUM BROMIDE NASAL SOLN 0.06% (42 MCG / SPRAY)	Nivel 2				
IPRATROPIUM/ SOL ALB-UTER	IPRATROPIUM-ALBUTEROL NEBU SOLN 0.5-2.5(3) MG / 3ML	Nivel 2				
LEVALBUTEROL NEB 0.31MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 0.31 MG / 3ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
LEVALBUTEROL NEB 0.63MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 0.63 MG / 3ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
LEVALBUTEROL NEB 1.25/0.5	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU CONC 1.25 MG / 0.5ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
LEVALBUTEROL NEB 1.25MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 1.25 MG / 3ML (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
LEVOCETIRIZI SOL 2.5/5ML	LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE SOLN 2.5 MG / 5ML (0.5 MG / ML)	Nivel 3				
LEVOCETIRIZI TAB 5MG	LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE TAB 5 MG	Nivel 2		X		
MOMETASONE SPR 50MCG	MOMETASONE FUROATE NASAL SUSP 50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
MONTELUKAST CHW 4MG	MONTELUKAST SODIUM CHEW TAB 4 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
MONTELUKAST CHW 5MG	MONTELUKAST SODIUM CHEW TAB 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
MONTELUKAST GRA 4MG	MONTELUKAST SODIUM ORAL GRANULES PACKET 4 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
MONTELUKAST TAB 10MG	MONTELUKAST SODIUM TAB 10 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
NEBUSAL NEB 3%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3%	Nivel 3				
NEBUSAL NEB 6%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 6%	Nivel 3				
OLOPATADINE SPR 0.6%	OLOPATADINE HCL NASAL SOLN 0.6%	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
OPSUMIT TAB 10MG	MACITENTAN TAB 10 MG	Nivel 4	X	X		
ORENITRAM TAB 0.125MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 0.125 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB 0.25MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 0.25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB 1MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB 2.5MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB 5MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB MONTH 1	TREPROSTINIL TAB ER TITR PK (MO1) 126 X0.125MG & 42 X0.25MG	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB MONTH 2	TREPROSTINIL TAB ER TITR PK (MO2) 126 X0.125MG & 210 X0.25MG	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB MONTH 3	TREPROSTINIL TAB ER TITR PK(MO3)1 26X0.125MG&42X0.25MG&84X1MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI GRA 100-125	LUMACAFOR-IVACAFOR GRAN-ULES PACKET 100-125 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI GRA 150-188	LUMACAFOR-IVACAFOR GRAN-ULES PACKET 150-188 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI GRA 75-94MG	LUMACAFOR-IVACAFOR GRAN-ULES PACKET 75-94 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI TAB 100-125	LUMACAFOR-IVACAFOR TAB 100-125 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI TAB 200-125	LUMACAFOR-IVACAFOR TAB 200-125 MG	Nivel 6	X	X		
PIRFENIDONE CAP 267MG	PIRFENIDONE CAP 267 MG	Nivel 4	X	X		
PIRFENIDONE TAB 267MG	PIRFENIDONE TAB 267 MG	Nivel 4	X	X		
PIRFENIDONE TAB 534MG	PIRFENIDONE TAB 534 MG	Nivel 4	X	X		
PIRFENIDONE TAB 801MG	PIRFENIDONE TAB 801 MG	Nivel 4	X	X		
PROMETH VC SYP 6.25-5/5	PROMETHAZINE & PHENYLEPHRINE SYRUP 6.25-5 MG / 5ML	Nivel 2				
PROMETH VC/ SYP CO-DEINE	PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE SYRUP 6.25-5-10 MG / 5ML	Nivel 2	X	X		
PROMETH/COD SOL 6.25-10	PROMETHAZINE W / CODEINE SYRUP 6.25-10 MG / 5ML	Nivel 2	X	X		
PROMETH/PE SOL 6.25-5/5	PROMETHAZINE & PHENYLEPHRINE SYRUP 6.25-5 MG / 5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE SOL 12.5/10	PROMETHAZINE HCL ORAL SOLN 6.25 MG / 5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML	PROMETHAZINE HCL ORAL SOLN 6.25 MG / 5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE SOL DM	PROMETHAZINE-DM SYRUP 6.25-15 MG / 5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE SUP 12.5MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 12.5 MG	Nivel 3		X		
PROMETHAZINE SUP 25MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 25 MG	Nivel 3		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PROMETHAZINE SYP DM	PROMETHAZINE-DM SYRUP 6.25-15 MG / 5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE TAB 12.5MG	PROMETHAZINE HCL TAB 12.5 MG	Nivel 2				
PROMETHAZINE TAB 25MG	PROMETHAZINE HCL TAB 25 MG	Nivel 2				
PROMETHAZINE TAB 50MG	PROMETHAZINE HCL TAB 50 MG	Nivel 2				
PULMOSAL NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	Nivel 3				
PULMOZYME SOL 1MG/ ML	DORNASE ALFA INHAL SOLN 2.5 MG / 2.5ML	Nivel 6	X	X		
QVAR REDIHA AER 80MCG	BECLOMETHASONE DIPROP HFA BREATH ACT INH AER 80 MCG / ACT	Nivel 3		X		
QVAR REDIHAL AER 40MCG	BECLOMETHASONE DIPROP HFA BREATH ACT INH AER 40 MCG / ACT	Nivel 3		X		
ROFLUMILAST TAB 250MCG	ROFLUMILAST TAB 250 MCG	Nivel 3		X		
ROFLUMILAST TAB 500MCG	ROFLUMILAST TAB 500 MCG	Nivel 3		X		
SILDENAFIL SUS 10MG/ ML	SILDENAFIL CITRATE FOR SUSPEN- SION 10 MG / ML	Nivel 6	X	X		
SILDENAFIL TAB 20MG	SILDENAFIL CITRATE TAB 20 MG	Nivel 4	X	X		
SOD CHLORIDE NEB 0.9%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 0.9%	Nivel 2				
SODIUM CHLOR NEB 10%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 10%	Nivel 2				
SODIUM CHLOR NEB 3%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3%	Nivel 2				
SODIUM CHLOR NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	Nivel 2				
SPIRIVA AER 1.25MCG	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHY- DRATE INHAL AEROSOL 1.25 MCG / ACT	Nivel 3		X		
SPIRIVA SPR 2.5MCG	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHY- DRATE INHAL AEROSOL 2.5 MCG / ACT	Nivel 3		X		
STIOLTO AER 2.5-2.5	TIOTROPIUM BR- OLODATEROL IN- HAL AERO SOLN 2.5-2.5 MCG / ACT	Nivel 3		X		
STRIVERDI AER 2.5MCG	OLODATEROL HCL INHAL AEROSOL SOLN 2.5 MCG / ACT (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
SYMJEPI INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLN PREFILLED SY- RINGE 0.15 MG / 0.3ML (1:2000)	Nivel 1		X		
SYMJEPI INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.3 MG / 0.3ML (1:1000)	Nivel 1		X		
TADALAFIL TAB 20MG	TADALAFIL TAB 20 MG (PAH)	Nivel 4	X	X		
TERBUTALINE TAB 2.5MG	TERBUTALINE SULFATE TAB 2.5 MG	Nivel 3				
TERBUTALINE TAB 5MG	TERBUTALINE SULFATE TAB 5 MG	Nivel 3				
THEO-24 CAP 100MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER 24HR 100 MG	Nivel 5				
THEO-24 CAP 200MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER 24HR 200 MG	Nivel 5				
THEO-24 CAP 300MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 5				
THEO-24 CAP 400MG ER	THEOPHYLLINE CAP ER 24HR 400 MG	Nivel 5				
THEOPHYLLINE ELX 80/15ML	THEOPHYLLINE ELIXIR 80 MG / 15ML	Nivel 3				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
THEOPHYLLINE SOL 80/15ML	THEOPHYLLINE SOLN 80 MG / 15ML	Nivel 3				
THEOPHYLLINE TAB 100MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 2				
THEOPHYLLINE TAB 200MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 12HR 200 MG	Nivel 2				
THEOPHYLLINE TAB 300MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 12HR 300 MG	Nivel 2				
THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 24HR 400 MG	Nivel 2				
THEOPHYLLINE TAB 450MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 12HR 450 MG	Nivel 2				
THEOPHYLLINE TAB 600MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 24HR 600 MG	Nivel 2				
TIOTROP BROM CAP 18MCG	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHY- DRATE INHAL CAP 18 MCG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
TOBRAMYCIN NEB 300/5ML	TOBRAMYCIN NEBU SOLN 300 MG / 5ML	Nivel 6	X	X		
TRELEGY AER 100MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUM- VILANTEROL AEPB 100-62.5-25 MCG / ACT	Nivel 3		X		
TRELEGY AER 200MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUM- VILANTEROL AEPB 200-62.5-25 MCG/ ACT	Nivel 3		X		
TUXARIN ER TAB 54.3- 8MG	CODEINE PHOS-CHLORPHENIRA- MINE MALEATE TAB ER 12HR 54.3-8 MG	Nivel 5	X	X		
TUZISTRA XR SUS	CODEINE POLIST-CHLORPHEN POLIST ER SUSP 14.7-2.8 MG / 5ML	Nivel 5	X	X		
TYVASO DPI POW 16-32- 48	TREPROSTINIL INH POWD 112 X 16MCG & 112 X 32MCG & 28 X 48MCG	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 16- 32MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 112 X 16MCG & 84 X 32MCG	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 16MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 16 MCG/ CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 32- 48MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 112 X 32MCG & 112 X 48MCG	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 32MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 32 MCG/ CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 48MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 48 MCG/ CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW 64MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 64 MCG/ CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO RF KT SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLU- TION 0.6 MG / ML	Nivel 4	X	X		
TYVASO SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLU- TION 0.6 MG / ML	Nivel 4	X	X		
TYVASO ST KT SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLU- TION 0.6 MG / ML	Nivel 4	X	X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
VENTAVIS SOL 10MCG/ ML	ILOPROST INHALATION SOLUTION 10 MCG / ML	Nivel 6	X	X		
VENTAVIS SOL 20MCG/ ML	ILOPROST INHALATION SOLUTION 20 MCG / ML	Nivel 6	X	X		
VENTOLIN HFA AER	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG / ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
WIXELA INHUB AER 100/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 100-50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
WIXELA INHUB AER 250/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 250-50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
WIXELA INHUB AER 500/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 500-50 MCG / ACT	Nivel 3		X		
XOLAIR INJ 150MG/ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 150 MG / ML	Nivel 4	X	X		
XOLAIR INJ 150MG/ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 150 MG / ML	Nivel 4	X	X		
XOLAIR INJ 300/2ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 300 MG / 2ML	Nivel 4	X	X		
XOLAIR INJ 300/2ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MG / 2ML	Nivel 4	X	X		
XOLAIR INJ 75/0.5	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 75 MG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
XOLAIR INJ 75/0.5	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 75 MG / 0.5ML	Nivel 4	X	X		
ZAFIRLUKAST TAB 10MG	ZAFIRLUKAST TAB 10 MG	Nivel 3		X		
ZAFIRLUKAST TAB 20MG	ZAFIRLUKAST TAB 20 MG	Nivel 3		X		
ZILEUTON ER TAB 600MG	ZILEUTON TAB ER 12HR 600 MG	Nivel 3			X	
Skeletal Muscle Relaxants						
BACLOFEN TAB 10MG						
BACLOFEN TAB 20MG	BACLOFEN TAB 20 MG	Nivel 2				
BACLOFEN TAB 5MG	BACLOFEN TAB 5 MG	Nivel 2				
CARISOPRODOL TAB 350MG	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Nivel 2		X		
CHLORZOXAZON TAB 500MG	CHLORZOXAZONE TAB 500 MG	Nivel 3				
CYCLOBENZAPR TAB 10MG	CYCLOBENZAPRINE HCL TAB 10 MG	Nivel 2				
CYCLOBENZAPR TAB 5MG	CYCLOBENZAPRINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2				
CYCLOBENZAPR TAB 7.5MG	CYCLOBENZAPRINE HCL TAB 7.5 MG	Nivel 2				
DANTROLENE CAP 100MG	DANTROLENE SODIUM CAP 100 MG	Nivel 3				
DANTROLENE CAP 25MG	DANTROLENE SODIUM CAP 25 MG	Nivel 3				
DANTROLENE CAP 50MG	DANTROLENE SODIUM CAP 50 MG	Nivel 3				
METAXALONE TAB 800MG	METAXALONE TAB 800 MG	Nivel 3				
METHOCARBAM TAB 500MG	METHOCARBAMOL TAB 500 MG	Nivel 2				
METHOCARBAM TAB 750MG	METHOCARBAMOL TAB 750 MG	Nivel 2				

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una
afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la
atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto- rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ORPHENADRINE TAB 100MG ER	ORPHENADRINE CITRATE TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 2				
TIZANIDINE CAP 2MG	TIZANIDINE HCL CAP 2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
TIZANIDINE CAP 4MG	TIZANIDINE HCL CAP 4 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
TIZANIDINE CAP 6MG	TIZANIDINE HCL CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 3				
TIZANIDINE TAB 2MG	TIZANIDINE HCL TAB 2 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TIZANIDINE TAB 4MG	TIZANIDINE HCL TAB 4 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
Sleep Disorder Agents						
ARMODAFINIL TAB 150MG	ARMODAFINIL TAB 150 MG	Nivel 1	X	X		
ARMODAFINIL TAB 200MG	ARMODAFINIL TAB 200 MG	Nivel 1	X	X		
ARMODAFINIL TAB 250MG	ARMODAFINIL TAB 250 MG	Nivel 1	X	X		
ARMODAFINIL TAB 50MG	ARMODAFINIL TAB 50 MG	Nivel 1	X	X		
BELSOMRA TAB 10MG	SUVOREXANT TAB 10 MG	Nivel 5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 15MG	SUVOREXANT TAB 15 MG	Nivel 5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 20MG	SUVOREXANT TAB 20 MG	Nivel 5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 5MG	SUVOREXANT TAB 5 MG	Nivel 5		X	X	BH*
DOXEPIN TAB 3MG	DOXEPIN HCL (SLEEP) TAB 3 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		BH*
DOXEPIN TAB 6MG	DOXEPIN HCL (SLEEP) TAB 6 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 1MG	ESZOPICLONE TAB 1 MG	Nivel 2		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 2MG	ESZOPICLONE TAB 2 MG	Nivel 2		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 3MG	ESZOPICLONE TAB 3 MG	Nivel 2		X		BH*
FLURAZEPAM CAP 15MG	FLURAZEPAM HCL CAP 15 MG	Nivel 2		X		BH*
FLURAZEPAM CAP 30MG	FLURAZEPAM HCL CAP 30 MG	Nivel 2		X		BH*
MODAFINIL TAB 100MG	MODAFINIL TAB 100 MG	Nivel 1	X	X		
MODAFINIL TAB 200MG	MODAFINIL TAB 200 MG	Nivel 1	X	X		
RAMELTEON TAB 8MG	RAMELTEON TAB 8 MG	Nivel 3		X	X	BH*
SUNOSI TAB 150MG	SOLRIAMFETOL HCL TAB 150 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1	X	X		
SUNOSI TAB 75MG	SOLRIAMFETOL HCL TAB 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1	X	X		
TASIMELTEON CAP 20MG	TASIMELTEON CAPSULE 20 MG	Nivel 6	X	X		BH*
TEMAZEPAM CAP 15MG	TEMAZEPAM CAP 15 MG	Nivel 2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP 22.5MG	TEMAZEPAM CAP 22.5 MG	Nivel 2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP 30MG	TEMAZEPAM CAP 30 MG	Nivel 2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP 7.5MG	TEMAZEPAM CAP 7.5 MG	Nivel 2		X		BH*
ZALEPLON CAP 10MG	ZALEPLON CAP 10 MG	Nivel 2		X		BH*
ZALEPLON CAP 5MG	ZALEPLON CAP 5 MG	Nivel 2		X		BH*
ZOLPIDEM ER TAB 12.5MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB ER 12.5 MG	Nivel 3		X		BH*

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preauto-rización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ZOLPIDEM ER TAB 6.25MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB ER 6.25 MG	Nivel 3		X		BH*
ZOLPIDEM TAB 10MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB 10 MG	Nivel 2		X		BH*
ZOLPIDEM TAB 5MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB 5 MG	Nivel 2		X		BH*
Vaccines						
TDVAX INJ 2-2 LF	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS (TD) INJ 2-2 LF / 0.5ML	Nivel 1		X		

REFERENCIA: **7D**.....Límite de 7 días si no ha surtido una receta de un opiáceo recientemente
BH*..... Salud del comportamiento: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para tratar una afección de salud del comportamiento
MME..... Equivalente a miligramos de morfina
PA..... Se requiere preautorización
PRV-A..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado
PRV*..... Medicamentos preventivos disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos
QL..... Límite de cantidad
SP..... Medicamento de especialidad
ST..... Terapia escalonada
STI*..... Infección de transmisión sexual: medicamentos disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual

Lista de medicamentos y productos médicos

Estos productos podrían estar cubiertos por su beneficio médico y se incluyen únicamente a modo de referencia. Puede encontrar información adicional sobre cobertura médica en el siguiente sitio: uhcprovider.com/content/dam/provider/docs/public/resources/pharmacy/IFP-Clinical-Program-Summary-Drug-List.pdf

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Abecma	Idecabtagene vicleucel, up to 460 million autologous B-cell maturation antigen (BCMA) directed CAR-positive T cells, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose
Abelcet	amphotericin B lipid complex, 10 mg
Abilify Asimtufii	aripiprazole (Abilify Asimtufii), 1 mg
Abilify Maintena	aripiprazole (abilify maintena), 1 mg
Abraxane	paclitaxel protein-bound particles, 1 mg
Abrilada	Injection Adalimumab-Afzb Abrilada Bs 1 Mg
Abrysvo	Respiratory syncytial virus vaccine, preF, subunit, bivalent, for intramuscular use
abuterol nebulizer solution	Albuterol, inhalation solution, compounded product, administered through DME, unit dose, 1 mg
abuterol nebulizer solution	Albuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, concentrated form, 1 mg
abuterol nebulizer solution	Albuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, unit dose, 1 mg
acetaminophen, generic (Hikma)	acetaminophen (Hikma) not therapeutically equivalent to J0131, 10 mg
acetazolamide injection	acetazolamide sodium, up to 500 mg
acetylcysteine for inhalation	Acetylcysteine, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, unit dose form, per g
acetylcysteine injection	acetylcysteine, 100 mg
Actemra	tocilizumab, 1 mg
Acthar Gel	corticotropin (Acthar Gel), up to 40 units
ActHIB	Haemophilus influenzae b vaccine (Hib), PRP-T conjugate, 4-dose schedule, for intramuscular use
Acthrel	corticotropin ovine triflutate, 1 mcg
Actimmune	interferon, gamma 1-b, 3 million units
acyclovir injection	acyclovir, 5 mg
Adakveo	crizanlizumab-tmca, 5 mg
Adasuve	Loxapine for inhalation, 1 mg
Adcetris	brentuximab vedotin, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
adenosine injection	adenosine, 1 mg (not to be used to report any adenosine phosphate compounds)
Adrucil	fluorouracil, 500 mg
Adstiladrin	nadofaragene firadenovec-vncg, per therapeutic dose
Aduhelm	aducanumab-avwa, 2 mg
Advate	Factor VIII (antihemophilic factor, recombinant) per IU, not otherwise specified
Adynovate	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), PEGylated, 1 IU
Adzynma	ADAMTS13, recombinant-krhn, 10 IU
Afluria	Influenza virus vaccine, trivalent (IIV3), split virus, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Afluria Quad	Influenza virus vaccine, quadrivalent (IIV4), split virus, preservative free, 0.25 mL, for intramuscular use
Afluria, Fluarix	Influenza virus vaccine, trivalent (IIV3), split virus, preservative free, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Afluria, Fluzone pediatric	Influenza virus vaccine, trivalent (IIV3), split virus, 0.25 mL dosage, for intramuscular use
Afstyla	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), (Afstyla), 1 IU
Aggrastat	tirofiban HCl, 0.25 mg
Ahzantive	aflibercept-mrbb (Ahzantive), biosimilar, 1 mg
Akynzeo injection	fosnetupitant 235 mg and palonosetron 0.25 mg
albuterol-ipratropium nebulizer solution	Albuterol, up to 2.5 mg and ipratropium bromide, up to 0.5 mg, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME
Aldurazyme	laronidase, 0.1 mg
alfentanil	alfentanil HCl, 500 mcg
Alferon N	interferon, alfa-N3, (human leukocyte derived), 250,000 IU
Alimta	pemetrexed, NOS, 10 mg
Aliqopa	copanlisib, 1 mg
Aloprim	allopurinol sodium, 1 mg
Aloxi injection	palonosetron HCl, 25 mcg
Alphanate	antihemophilic Factor VIII/von Willebrand factor complex (human), per Factor VIII IU
AlphaNine SD	Factor IX (antihemophilic factor, purified, nonrecombinant) per IU

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nombre del medicamento	Nombre genérico
Alprolix	Factor IX, Fc fusion protein, (recombinant), Alprolix, 1 IU	argatroban (ESRD on dialysis)	argatroban, 1 mg (for ESRD on dialysis)
alprostadil	alprostadil, 1.25 mcg (code may be used for Medicare when drug administered under the direct supervision of a physician, not for use when drug is self-administered)	argatroban (for non-ESRD)	argatroban, 1 mg (for non-ESRD use)
Altuviio	Factor VIII/von Willebrand factor complex, recombinant (Altuviio), per Factor VIII IU	argatroban, generic (Accord)	argatroban (Accord), not therapeutically equivalent to J0883, 1 mg (for non-ESRD use)
Alyglo	Injection Immune Globulin Alyglo 500 Mg	argatroban, generic (Accord)	argatroban (Accord), not therapeutically equivalent to J0884, 1 mg (for ESRD on dialysis)
Alyglo	immune globulin, intravenous, nonlyophilized (e.g., liquid), not otherwise specified, 500 mg	argatroban, generic (Auromedics)	argatroban (Auromedics), not therapeutically equivalent to J0883, 1 mg (for non-ESRD use)
Alymsys	bevacizumab-maly, biosimilar, (Alymsys), 10 mg	argatroban, generic (Auromedics)	argatroban (Auromedics), not therapeutically equivalent to J0884, 1 mg (for ESRD on dialysis)
ambisome	amphotericin B liposome, 10 mg	Aridol	Mannitol, administered through an inhaler, 5 mg
Ameluz	Aminolevulinic acid HCl for topical administration, 10% gel, 10 mg	Aristada	aripiprazole lauroxil, (Aristada), 1 mg
amikacin injection	amikacin sulfate, 100 mg	Aristada Initio	aripiprazole lauroxil, (Aristada Initio), 1 mg
aminophylline injection	aminophyllin, up to 250 mg	Artesunate	artesunate, 1 mg
amiodarone injection	amiodarone HCl, 30 mg	Arzerra	ofatumumab, 10 mg
Amondys 45	casimersen, 10 mg	Asceniv	immune globulin (Asceniv), 500 mg
Amphadase	hyaluronidase, up to 150 units	Asparlas	calaspargase pegol-mknl, 10 units
amphotericin B injection	amphotericin B, 50 mg	ATGAM	Lymphocyte immune globulin, antithymocyte globulin, equine, parenteral, 250 mg
ampicillin sodium	ampicillin sodium, 500 mg	atropine sulfate	atropine sulfate, 0.01 mg
Amvuttra	vutrisiran, 1 mg	Atryn	antithrombin recombinant, 50 IU
Amytal	amobarbital, up to 125 mg	Aveed	testosterone undecanoate, 1 mg
Anascorp	Centruroides immune f(ab)2, up to 120 mg	Avsola	infliximab-axxq, biosimilar, (AVSOLA), 10 mg
Anavip	crotalidae immune F(ab')2 (equine), 120 mg	Avycaz	ceftazidime and avibactam, 0.5 g/0.125 g
Andexxa	coagulation Factor Xa (recombinant), inactivated-zhzo (Andexxa), 10 mg	Azactam	aztreonam, 100 mg
Anectine	succinylcholine chloride, up to 20 mg	Azathioprine (IV)	Azathioprine, parenteral, 100 mg
Anjeso	meloxicam, 1 mg	azithromycin injection	azithromycin, 500 mg
Anktiva	nogapendekin alfa inbakicept-pmln, for intravesical use, 1 mcg	Azmiro	testosterone cypionate (Azmiro), 1 mg
Annovera	Segesterone acetate and ethinyl estradiol 0.15 mg, 0.013 mg per 24 hours; yearly vaginal system, ea	BAL in Oil	dimercaprol, per 100 mg
Antiemetic drug rectal/suppository	Antiemetic drug, rectal/suppository, not otherwise specified	Balfaxar	prothrombin complex concentrate, human-lans, per IU of Factor IX activity
Aphexda	motixafortide, 0.25 mg	Barhemsys	amisulpride, 1 mg
Apretude	cabotegravir, 1 mg	Bavencio	avelumab, 10 mg
Aralast, Prolastin, Zemaira	alpha 1-proteinase inhibitor (human), not otherwise specified, 10 mg	BCG Vaccine	Bacillus Calmette-Guerin vaccine (BCG) for tuberculosis, live, for percutaneous use
Aranesp (For ESRD)	darbepoetin alfa, 1 mcg (for ESRD on dialysis)	Bebulin	Factor IX complex, per IU
Aranesp (for non-ESRD)	darbepoetin alfa, 1 mcg (non-ESRD use)	Beleodaq	belinostat, 10 mg
Arexvy	Respiratory syncytial virus vaccine, preF, recombinant, subunit, adjuvanted, for intramuscular use	Belrapzo	bendamustine HCl, (Belrapzo/bendamustine), 1 mg
		bendamustine, generic (Vivimusta)	bendamustine HCl (Vivimusta), 1 mg
		Bendeka	bendamustine HCl (Bendeka), 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Benefix	Factor IX (antihemophilic factor, recombinant) per IU, not otherwise specified
Benlysta	belimumab, 10 mg
Beovu	brovacizumab-dbl, 1 mg
Beqvez	Injection Fidanacogene Elaparvovec-Dzkt Per Tx D
Berinert	C1 esterase inhibitor (human), Berinert, 10 units
Besponsa	inotuzumab ozogamicin, 0.1 mg
betamethasone injection	betamethasone acetate 3 mg and betamethasone sodium phosphate 3 mg
bevacizumab	bevacizumab, 10 mg
Bexsero	Meningococcal recombinant protein and outer membrane vesicle vaccine, serogroup B (MenB-4C), 2 dose schedule, for intramuscular use
Beyfortus	Respiratory syncytial virus, monoclonal antibody, seasonal dose; 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Beyfortus	Respiratory syncytial virus, monoclonal antibody, seasonal dose; 1 mL dosage, for intramuscular use
Bicillin C-R	penicillin G benzathine and penicillin G procaine, 100,000 units
Bicillin L-A	penicillin G benzathine, 100,000 units
BiCNU	carbamustine, 100 mg
Biorphen	phenylephrine HCl (Biorphen), 20 mcg
Biothrax	Anthrax vaccine, for subcutaneous or intramuscular use
Bivalirudin	bivalirudin, 1 mg
Bivigam	immune globulin (Bivigam), 500 mg
Bkemv	eculizumab-aeeb (Bkemv), biosimilar, 2 mg
Bleomycin	bleomycin sulfate, 15 units
Blinicyto	blinatumomab, 1 mcg
Boniva	ibandronate sodium, 1 mg
Boostrix	Tetanus, diphtheria toxoids and acellular pertussis vaccine (Tdap), when administered to individuals 7 years or older, for intramuscular use
bortezomib, generic (Dr. Reddy's)	bortezomib (Dr. Reddy's), not therapeutically equivalent to J9041, 0.1 mg
bortezomib, generic (Fresenius Kabi)	bortezomib (Fresenius Kabi), not therapeutically equivalent to J9041, 0.1 mg
bortezomib, generic (Hospira)	bortezomib (Hospira), not therapeutically equivalent to J9041, 0.1 mg
bortezomib, generic (MAIA)	bortezomib (MAIA), not therapeutically equivalent to J9041, 0.1 mg
Boruzu	bortezomib (Boruzu), 0.1 mg
Botox	onabotulinumtoxinA, 1 unit

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Breyanzi	Lisocabtagene maraleucel, up to 110 million autologous anti-CD19 CAR-positive viable T cells, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose
Brineura	cerliponase alfa, 1 mg
Briumvi	ublituximab-xi, 1mg
Brixadi	buprenorphine extended-release (Brixadi), less than or equal to 7 days of therapy
Brixadi	buprenorphine extended-release (Brixadi), greater than 7 days and up to 28 days of therapy
bumetanide Injection	bumetanide, 0.5 mg
bupivacaine injection	bupivacaine, not otherwise specified, 0.5 mg
buprenorphine HCL	buprenorphine HCl, 0.1 mg
Busulfan	busulfan, 1 mg
Butorphanol injection	butorphanol tartrate, 1 mg
Byfavo	remimazolam, 1 mg
Byooviz	ranibizumab-nuna, biosimilar, (Byooviz), 0.1 mg
cabazitaxel, generic (Sandoz)	cabazitaxel (Sandoz), not therapeutically equivalent to J9043, 1 mg
Cabenuva	cabotegravir and rilpivirine, 2 mg/3 mg
Cafcit	caffeine citrate, 5 mg
calcitriol injection	calcitriol, 0.1 mcg
calcium gluconate, generic (Fresenius Kabi)	calcium gluconate (Fresenius Kabi), per 10 mg
calcium gluconate, generic (WG Critical Care)	calcium gluconate (WG Critical Care), per 10 mg
Caldolor	ibuprofen, 100 mg
Camcevi	Leuprolide injectable, camcevi, 1 mg
Cancidas	caspofungin acetate, 5 mg
Capvaxive	Pneumococcal conjugate vaccine, 21 valent (PCV21), for intramuscular use
Carbocaine	mepivacaine HCl, per 10 ml
Carboplatin	carboplatin, 50 mg
carbamustine, generic (Accord)	carbamustine (Accord), not therapeutically equivalent to J9050, 100 mg
Carnitor	levocarnitine, per 1 g
Carvykti	Ciltacabtagene autoleucel, up to 100 million autologous B-cell maturation antigen (BCMA) directed CAR-positive T cells, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose
Casgevvy	Injection Exagamglogene Autotemcel Per Treatment
Cathflo Activase	alteplase recombinant, 1 mg
cefazolin injection	cefazolin sodium, 500 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
cefazolin sodium, generic (WG Critical Care)	cefazolin sodium (WG Critical Care), not therapeutically equivalent to J0690, 500 mg
cefazolin, generic (Baxter)	cefazolin sodium (Baxter), not therapeutically equivalent to J0690, 500 mg
cefazolin, generic (Hikma)	cefazolin sodium (Hikma), not therapeutically equivalent to J0690, 500 mg
cefepime injection	cefepime HCl, 500 mg
cefepime, generic (B. Braun)	cefepime HCl (B. Braun), not therapeutically equivalent to Maxipime, 500 mg
cefepime, generic (Baxter)	cefepime HCl (Baxter), not therapeutically equivalent to Maxipime, 500 mg
cefotaxime injection	cefotaxime sodium, per g
cefoxitin injection	cefoxitin sodium, 1 g
ceftriaxone injection	ceftriaxone sodium, per 250 mg
cefuroxime injection	sterile cefuroxime sodium, per 750 mg
Ceprothin injection	protein C concentrate, intravenous, human, 10 IU
Cerebyx	fosphenytoin, 50 mg phenytoin equivalent
Cerezyme	imiglucerase, 10 units
Chirhostim	secretin, synthetic, human, 1 mcg
chloramphenicol injection	chloramphenicol sodium succinate, up to 1 g
chloroprocaine	chloroprocaine HCl, per 1 mg
Chlorotekal	chloroprocaine HCl (Clorotekal), per 1 mg
chlorothiazide injection	chlorothiazide sodium, per 500 mg
chlorpromazine HCL	chlorpromazine HCl, up to 50 mg
Cidofovir injection	cidofovir, 375 mg
Cimerli	ranibizumab-eqrn (Cimerli), biosimilar, 0.1 mg
Cinqair	reslizumab, 1 mg
Cinryze	C1 esterase inhibitor (human), Cinryze, 10 units
Cinvanti	aprepitant, 1 mg
ciprofloxacin injection	ciprofloxacin for intravenous infusion, 200 mg
cisplatin	cisplatin, powder or solution, 10 mg
clindamycin injection	clindamycin phosphate, 300 mg
clindamycin, generic (Baxter)	clindamycin phosphate (Baxter), not therapeutically equivalent to J0736, 300 mg
Clolar	clofarabine, 1 mg
Clonidine injection	clonidine HCl, 1 mg
Coagadex	Factor X, (human), 1 IU
Cogentin	benztropine mesylate, per 1 mg
colistimethate injection	colistimethate sodium, up to 150 mg
Columvi	glofitamab-gxbm, 2.5 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Comirnaty COVID-19 vaccine	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2) (coronavirus disease [COVID-19]) vaccine, mRNA LNPs, spike protein, 30 mcg/0.3 mL dosage, tris-sucrose formulation, for intramuscular use
Compounded drug	Compounded drug, not otherwise classified
Corifact	Factor XIII (antihemophilic factor, human), 1 IU
Corticotropin Gel	corticotropin (ANI), up to 40 units
Corvert	ibutilide fumarate, 1 mg
Cosela	trilaciclib, 1 mg
Cosentyx (IV)	secukinumab, intravenous, 1 mg
Cosyntropin injection	cosyntropin, 0.25 mg
Cresemba	isavuconazonium, 1 mg
Crofab	crotalidae polyvalent immune fab (ovine), up to 1 g
Cromolyn	Cromolyn sodium, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, unit dose form, per 10 mg
Crysvita	burosumab-twza, 1 mg
Cubicin	daptomycin, 1 mg
Cutaquig	immune globulin (Cutaquig), 100 mg
Cuvitru	immune globulin (Cuvitru), 100 mg
cyanocobalamin	vitamin B-12 cyanocobalamin, up to 1,000 mcg
cyclophosphamide, generic (Sandoz)	cyclophosphamide (Sandoz), 5 mg
cyclophosphamide	cyclophosphamide, not otherwise specified, 5 mg
cyclophosphamide, generic (AuroMedics)	cyclophosphamide, (AuroMedics), 5 mg
Cyclophosphamide, generic (Baxter)	cyclophosphamide (Baxter), 5 mg
cyclophosphamide, generic (Dr. Reddy's)	cyclophosphamide, (Dr. Reddy's), 5 mg
cyclophosphamidem, generic (Ingenus)	cyclophosphamide (Ingenus), 5 mg
Cyramza	ramucirumab, 5 mg
cytarabine	cytarabine, 100 mg
Cytogam	Cytomegalovirus immune globulin (CMV-IgIV), human, for intravenous use
Cytogam	cytomegalovirus immune globulin intravenous (human), per vial
dacarbazine	Dacarbazine, 100 mg
Dacogen	decitabine, 1 mg
Dacogen, generic (Sun Pharma)	decitabine (Sun Pharma) not therapeutically equivalent to J0894, 1 mg
dactinomycin	dactinomycin, 0.5 mg
Dalvance	dalbavancin, 5 mg
Danyelza	naxitamab-gqgk, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Daptacel	Diphtheria, tetanus toxoids, and acellular pertussis vaccine (DTaP), when administered to individuals younger than seven years, for intramuscular use
daptomycin, generic (Baxter)	daptomycin (Baxter), not therapeutically equivalent to J0878, 1 mg
daptomycin, generic (Hospira)	daptomycin (Hospira), not therapeutically equivalent to J0878, 1 mg
daptomycin, generic (Xellia)	daptomycin (Xellia), unrefrigerated, not therapeutically equivalent to J0878 or J0873, 1 mg
daptomycin, generic (Xellia)	daptomycin (xellia), not therapeutically equivalent to j0878 or j0872, 1 mg
Darzalex	daratumumab, 10 mg
Darzalex Faspro	daratumumab, 10 mg and hyaluronidase-fihj
daunorubicin	daunorubicin, 10 mg
Daxxify	daxibotulinumtoxina-lanm, 1 unit
Decavac	Diphtheria and tetanus toxoids adsorbed (DT) when administered to individuals younger than 7 years, for intramuscular use
delestrogen injection	estradiol valerate, up to 10 mg
Demerol	meperidine HCl, per 100 mg
Depo-Estradiol	depo-estradiol cypionate, up to 5 mg
Depo-Medrol	methylprednisolone acetate, 1 mg
Depo-Provera	medroxyprogesterone acetate, 1 mg
Depo-Testosterone	testosterone cypionate, 1 mg
Desferal	deferoxamine mesylate, 500 mg
desmopressin injection	desmopressin acetate, per 1 mcg
dexamethasone injection	dexamethasone sodium phosphate, 1 mg
Dextenza	Dexamethasone, lacrimal ophthalmic insert, 0.1 mg
dextrose 5% in lactated ringers infusion	5% dextrose in lactated ringers infusion, up to 1000 cc
dextrose 5%/normal saline infusion	5% dextrose/normal saline (500 ml = 1 unit)
dextrose 5%/water	5% dextrose/water (500 ml = 1 unit)
dextrose 5%/water	Infusion, D-5-W, 1,000 cc
Dexycu	dexamethasone 9%, intraocular, 1 mcg
DHE injection	dihydroergotamine mesylate, per 1 mg
diazepam injection	diazepam, up to 5 mg
dicyclomine injection	dicyclomine HCl, up to 20 mg
DIGIfab	digoxin immune fab (ovine), per vial
digoxin injection	digoxin, up to 0.5 mg
dimenhydrinate injection	dimenhydrinate, up to 50 mg
diphenhydramine injection	diphenhydramine HCl, up to 50 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Diprivan injection	propofol, 10 mg
dipyridamole injection	dipyridamole, per 10 mg
dobutamine injection	dobutamine HCl, per 250 mg
docetaxel	docetaxel, 1 mg
docetaxel, generic (Ingenus)	docetaxel (Ingenus), not therapeutically equivalent to J9171, 1 mg
dopamine injection	dopamine HCl, 40 mg
Doxil	doxorubicin HCl, liposomal, not otherwise specified, 10 mg
doxorubicin Hydrochloride	doxorubicin HCl, 10 mg
Doxycycline Injection	doxycycline hyclate, 1 mg
droperidol injection	droperidol, up to 5 mg
Duopa	Carbidopa 5 mg/levodopa 20 mg enteral suspension, 100 ml
Durolane	Hyaluronan or derivative, Durolane, for intra-articular 1 mg
Durysta	bimatoprost, intracameral implant, 1 mcg
Dysport	abobotulinumtoxinA, 5 units
Edetate calcium disodium	edetate calcium disodium, up to 1,000 mg
Elahere	mirvetuximab soravtansine-gynx, 1 mg
Elaprase	idursulfase, 1 mg
ElELYso	taliglucerase alfa, 10 units
Elevidys	delandistrogene moxeparvovec-rokl, per therapeutic dose
Elfabrio	pegunigalsidase alfa-iwxj, 1 mg
Elitek	rasburicase, 0.5 mg
Elliott's B Solution	Elliott's B solution, 1 ml
Eloctate	Factor VIII Fc fusion protein (recombinant), per IU
Eloxatin	oxaliplatin, 0.5 mg
Elrexfio	elranatamab-bcmm, 1 mg
Eluryng	Ethinyl estradiol and etonogestrel 0.015 mg, 0.12 mg per 24 hours; monthly vaginal ring, ea
Elzonris	tagraxofusp-erzs, 10 mcg
Emend injection	fosaprepitant, 1 mg
Emend, generic (Teva)	fosaprepitant (Teva), not therapeutically equivalent to J1453, 1 mg
Empliciti	elotuzumab, 1 mg
Engerix-B	Hepatitis B vaccine (HepB), pediatric/adolescent dosage, 3 dose schedule, for intramuscular use
Engerix-B	Hepatitis B vaccine (HepB), adult dosage, 3 dose schedule, for intramuscular use
Engerix-B	Hepatitis B vaccine (HepB), dialysis or immunosuppressed patient dosage, 4 dose schedule, for intramuscular use
Enhertu	fam-trastuzumab deruxtecan-nxki, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Enjaymo	sutimlimab-jome, 10 mg
Entyvio	vedolizumab, 1 mg
Envarsus XR	Tacrolimus, extended release, (Envarsus XR), oral, 0.25 mg
Enzeevu	aflibercept-abzv (Enzeevu), biosimilar, 1 mg
epinephrine injection	adrenalin, epinephrine, 0.1 mg
epinephrine, generic (Belcher)	epinephrine (Belcher) not therapeutically equivalent to J0171, 0.1 mg
epirubicin	epirubicin HCl, 2 mg
Epkinly	pemetrexed (Sandoz) not therapeutically equivalent to J9305, 10 mg
Epogen, Procrit (for ESRD on dialysis)	epoetin alfa, 100 units (for ESRD on dialysis)
Epogen/Procrit	epoetin alfa, (for non-ESRD use), 1000 units
epoprostenol injection	epoprostenol, 0.5 mg
eptifibatide injection	eptifibatide, 5 mg
Epysqli	eculizumab-aagh (Epysqli), biosimilar, 2 mg
Eraxis	anidulafungin, 1 mg
Erbitux	cetuximab, 10 mg
Erwinaze	asparaginase (Erwinaze), 1,000 IU
erythromycin injection	erythromycin lactobionate, per 500 mg
Esmolol	esmolol HCl, 10 mg
Esmolol, generic (WG Critical Care)	esmolol HCl (WG Critical Care) not therapeutically equivalent to J1805, 10 mg
Esperoct	Factor VIII, antihemophilic factor (recombinant), (Esperoct), glycopegylated-exei, per IU
Ethamolin	ethanolamine oleate, 100 mg
Ethylol	amifostine, 500 mg
etoposide	etoposide, 10 mg
Euflexxa	Hyaluronan or derivative, Euflexxa, for intra-articular per dose
Evenity	romosozumab-aqqg, 1 mg
Evkeeza	evinacumab-dgnb, 5 mg
Evomela	melphalan (Evomela), 1 mg
Exondys 51	eteplirsen, 10 mg
Eylea	aflibercept, 1 mg
Eylea HD	aflibercept HD, 1 mg
Fabrazyme	agalsidase beta, 1 mg
Famotidine injection	famotidine, 0.25 mg
Fasenra	benralizumab, 1 mg
Faslodex	fulvestrant, 25 mg
Faslodex, generic (Fresenius Kabi)	fulvestrant (Fresenius Kabi) not therapeutically equivalent to J9395, 25 mg
Faslodex, generic (Teva)	fulvestrant (Teva) not therapeutically equivalent to J9395, 25 mg
Feiba NF	Antiinhibitor, per IU

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Fensolvi	leuprolide acetate for depot suspension (Fensolvi), 0.25 mg
fentanyl citrate	fentanyl citrate, 0.1 mg
Feraheme (ESRD use)	ferumoxytol, for treatment of iron deficiency anemia, 1 mg (for ESRD on dialysis)
Feraheme, Ferumoxytol	ferumoxytol, for treatment of iron deficiency anemia, 1 mg (non-ESRD use)
Ferlecit	sodium ferric gluconate complex in sucrose 12.5 mg
Fetroja, 10mg	cefiderocol, 10 mg
Fibryga	human fibrinogen concentrate (Fibryga), 1 mg
Firmagon	degarelix, 1 mg
Flebogamma DIF	immune globulin, (Flebogamma/ Flebogamma Dif), intravenous, nonlyophilized (e.g., liquid), 500 mg
floxuridine	floxuridine, 500 mg
Fluad	Influenza vaccine, inactivated (IIV), subunit, adjuvanted, for intramuscular use
Fluad Quad	Influenza virus vaccine, quadrivalent (aIIV4), inactivated, adjuvanted, preservative free, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Fluarix Quadrivalent	Influenza virus vaccine, quadrivalent (IIV4), split virus, preservative free, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Flublok	Influenza virus vaccine, trivalent (RIV3), derived from recombinant DNA, hemagglutinin (HA) protein only, preservative and antibiotic free, for intramuscular use
Flublok Quad	Influenza virus vaccine, quadrivalent (RIV4), derived from recombinant DNA, hemagglutinin (HA) protein only, preservative and antibiotic free, for intramuscular use
Flucelvax	Influenza virus vaccine, trivalent (ccIIV3), derived from cell cultures, subunit, preservative and antibiotic free, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Flucelvax	Influenza virus vaccine, quadrivalent (ccIIV4), derived from cell cultures, subunit, preservative and antibiotic free, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Flucelvax Quad	Influenza virus vaccine, quadrivalent (ccIIV4), derived from cell cultures, subunit, antibiotic free, 0.5mL dosage, for intramuscular use
fluconazole injection	fluconazole, 200 mg
fludarabine	fludarabine phosphate, 50 mg
Flumist	Influenza virus vaccine, quadrivalent, live (LAIV4), for intranasal use
fluphenazine decanoate injection	fluphenazine decanoate, up to 25 mg
fluphenazine Injection	fluphenazine HCl, 1.25 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Fluzone High-Dose	Influenza virus vaccine (IIV), split virus, preservative free, enhanced immunogenicity via increased antigen content, for intramuscular use
Fluzone Quad	Influenza virus vaccine, quadrivalent (IIV4), split virus, 0.25 mL dosage, for intramuscular use
Fluzone Quad	Influenza virus vaccine, quadrivalent (IIV4), split virus, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Focinvez	fosaprepitant (Focinvez), 1 mg
Folotyn	pralatrexate, 1 mg
fomepizole injection	fomepizole, 15 mg
Foscavir	foscarnet sodium, per 1,000 mg
Fulphila	pegfilgrastim-jmdb (Fulphila), biosimilar, 0.5 mg
Fusilev	levoleucovorin, not otherwise specified, 0.5 mg
Fyarro	sirolimus protein-bound particles, 1 mg
Fylnetra	pegfilgrastim-pbbk (Fylnetra), biosimilar, 0.5 mg
Gablofen	baclofen, 10 mg
Gablofen trial dose	baclofen, 50 mcg for intrathecal trial
Gamastan	gamma globulin, intramuscular, over 10 cc
Gamastan 1 cc	gamma globulin, intramuscular, 1 cc
Gamifant	emapalumab-lzsg, 1 mg
Gammagard	immune globulin, intravenous, lyophilized (e.g., powder), not otherwise specified, 500 mg
Gammagard Liquid	immune globulin, (Gammagard liquid), nonlyophilized, (e.g., liquid), 500 mg
Gammaplex	immune globulin, (Gammaplex), intravenous, nonlyophilized (e.g., liquid), 500 mg
Gamunex-C, Gammaked	immune globulin, (Gamunex/Gamunex-C/Gammaked), nonlyophilized (e.g., liquid), 500 mg
Ganciclovir injection	ganciclovir sodium, 500 mg
ganciclovir, generic (Exela)	ganciclovir sodium (Exela) not therapeutically equivalent to J1570, 500 mg
Gardasil 9	Human Papillomavirus vaccine types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, nonavalent (9vHPV), 2 or 3 dose schedule, for intramuscular use
Gazyva	obinutuzumab, 10 mg
Gel-One	Hyaluronan or derivative, Gel-One, for intra-articular per dose
Gelsyn-3	Hyaluronan or derivative, GELSYN-3, for intra-articular 0.1 mg
gemcitabine	gemcitabine HCl, not otherwise specified, 200 mg
gemcitabine, generic (Accord)	gemcitabine hydrochloride (Accord), not therapeutically equivalent to J9201, 200 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
gentamicin injection	garamycin, gentamicin, up to 80 mg
Genvisc 850	Hyaluronan or derivative, GenVisc 850, for intra-articular 1 mg
Geodon injection	ziprasidone mesylate, 10 mg
Givlaari	givosiran, 0.5 mg
Glassia	alpha 1 proteinase inhibitor (human), (GLASSIA), 10 mg
glucagon	glucagon HCl, per 1 mg
glucagon, generic (Fresenius Kabi)	glucagon HCl (Fresenius Kabi), not therapeutically equivalent to J1610, per 1 mg
glycopyrrolate Injection	glycopyrrolate, 0.1 mg
glycopyrrolate, generic (Fresenius Kab)	glycopyrrolate (Fresenius Kabi), not therapeutically equivalent to J1596, 0.1 mg
Glyrx-PF	glycopyrrolate (Glyrx-PF), 0.1 mg
granisetron injection	granisetron HCl, 100 mcg
Granix	tbo-filgrastim, 1 mcg
Halaven	eribulin mesylate, 0.1 mg
haloperidol decanoate injection	haloperidol decanoate, per 50 mg
haloperidol lactate injection	haloperidol, up to 5 mg
Havrix	Hepatitis A vaccine (Hep A), adult dosage, for intramuscular use
Havrix	Hepatitis A vaccine (Hep A), pediatric/adolescent dosage - 2-dose schedule, for intramuscular use
Hectorol	doxercalciferol, 1 mcg
Hemgenix	etranacogene dezaparvovec-drlb, per therapeutic dose
Hemlibra	emicizumab-kxwh, 0.5 mg
Hemofil M	Factor VIII (antihemophilic factor, human) per IU
Hemophilia Clotting Factor Not Otherwise Classified	Hemophilia clotting factor, not otherwise classified
Hepagam B	hepatitis B immune globulin (Hepagam B), intramuscular, 0.5 ml
Hepagam B	hepatitis B immune globulin (Hepagam B), intravenous, 0.5 ml
heparin injection	Heparin sodium, per 1000 units
heparin lock flush	heparin sodium, (heparin lock flush), per 10 units
heparin, generic (Pfizer)	heparin sodium (Pfizer), not therapeutically equivalent to J1644, per 1000 units
Heplisav-B	Hepatitis B vaccine (HepB), CpG- adjuvanted, adult dosage, 2 dose or 4 dose schedule, for intramuscular use
Hepzato	melphalan (Hepzato), 1 mg
Herceptin	trastuzumab, excludes biosimilar, 10 mg
Herceptin Hylecta	trastuzumab, 10 mg and hyaluronidase-oysk
Hercessi	Injection Trastuzumab-Strf Hercessi Bs 10 Mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Herzuma	trastuzumab-pkrb, biosimilar, (Herzuma), 10 mg
Hexatrione	triamcinolone hexacetonide, per 5 mg
HIV PrEP Not Otherwise Classified	FDA-approved prescription drug, only for use as HIV pre-exposure prophylaxis (not for use as treatment of HIV), not otherwise classified
Hizentra	immune globulin (Hizentra), 100 mg
Humate-P	von Willebrand factor complex (Humate-P), per IU VWF:RCO
Hyalgan, Supartz, Visco-3	Hyaluronan or derivative, Hyalgan, Supartz or Visco-3, for intra-articular per dose
Hycamtin	topotecan, 0.1 mg
hydralazine HCL	hydralazine HCl, up to 20 mg
hydromorphone injection	hydromorphone, 0.1 mg
hydroxocobalamin	hydroxocobalamin, IV, 25 mg
hydroxocobalamin	hydroxocobalamin, 10 mcg
hydroxyzine HCL	hydroxyzine HCl, up to 25 mg
Hylanex	hyaluronidase, recombinant, 1 USP unit
Hymovis	Hyaluronan or derivative, Hymovis, for intra-articular 1 mg
Hyperhep B or Nabi-HB	Hepatitis B immune globulin (HBIG), human, for intramuscular use
HyperRAB	Rabies immune globulin (RIG), human, for intramuscular and/or subcutaneous use
HyperRho S/D	Rho(D) immune globulin (RhIG), human, mini-dose, for intramuscular use
HyperRho S/D	Rho D immune globulin, human, minidose, 50 mcg (250 IU)
HyperRho S/D	Rho D immune globulin, human, full dose, 300 mcg (1500 IU)
HyperTET	Tetanus immune globulin (TIG), human, for intramuscular use
HyperTET S/D	tetanus immune globulin, human, up to 250 units
hypertonic saline	Hypertonic saline solution, 1 ml
HyQvia	immune globulin/hyaluronidase, 100 mg immunoglobulin
Idacio	Injection Adalimumab-Aacf Idacio Biosimilar 1 Mg
idarubicin	idarubicin HCl, 5 mg
Idelvion	Factor IX, albumin fusion protein, (recombinant), Idelvion, 1 IU
iDose TR	travoprost, intracameral implant, 1 mcg
ifosfamide	ifosfamide, 1 g
Igalmi	Dexmedetomidine, oral, 1 mcg
Iheezo	Chloroprocaine HCl ophthalmic, 3% gel, 1 mg
Ilaris	canakinumab, 1 mg
Ilumya	tildrakizumab, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Iluvien	fluocinolone acetonide, intravitreal implant (Iluvien), 0.01 mg
Imdelltra	tarlatamab-dlle, 1 mg
Imfinzi	durvalumab, 10 mg
Imjudo	tremelimumab-actl, 1 mg
Imlygic	talimogene laherparepvec, per 1 million plaque forming units
Immphentiv	phenylephrine hydrochloride (Immphentiv), 20 mcg
Immune globulin (Ig)	Immune globulin (Ig), human, for intramuscular use
Immune globulin (IgIV)	Immune globulin (IgIV), human, for intravenous use
Immune globulin (SCIg)	Immune globulin (SCIg), human, for use in subcutaneous infusions, 100 mg, each
Imogam Rabies-HT	Rabies immune globulin, heat-treated (RIG-HT), human, for intramuscular and/or subcutaneous use
INFeD	iron dextran, 50 mg
Inflectra	infliximab-dyyb, biosimilar, (Inflectra), 10 mg
Infugem	gemcitabine HCl, (Infugem), 100 mg
Injectafer	ferric carboxymaltose, 1 mg
Invanz	ertapenem sodium, 500 mg
Invega Hafyera/ Invega Trinza	paliperidone palmitate extended release (Invega Hafyera or Invega Trinza), 1 mg
Invega Sustenna	paliperidone palmitate extended release, 1 mg
IPOL	Poliovirus vaccine, inactivated, (IPV), for subcutaneous or intramuscular use
ipratropium nebulizer solution	Ipratropium bromide, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, unit dose form, per mg
irinotecan HCL	irinotecan, 20 mg
Ixchiq	Chikungunya virus vaccine, live attenuated, for intramuscular use
Ixempra	ixabepilone, 1 mg
Ixiaro	Japanese encephalitis virus vaccine, inactivated, for intramuscular use
Ixinity	coagulation factor IX (recombinant), Ixinity, 1 IU
Izervay	avacincaptad pegol, 0.1 mg
Jemperli	dostarlimab-gxly, 10 mg
Jesduvroq	Daprodustat, oral, 1 mg, (for ESRD on dialysis)
Jevtana	cabazitaxel, 1 mg
Jivi	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), PEGylated-aucl, (Jivi), 1 IU
Jubbonti, Wyost	denosumab-bbdz (Jubbonti/Wyost), biosimilar, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Jynneos	Smallpox and monkeypox vaccine, attenuated vaccinia virus, live, non-replicating, preservative free, 0.5 mL dosage, suspension, for subcutaneous use
Kadcyla	ado-trastuzumab emtansine, 1 mg
Kalbitor	ecallantide, 1 mg
Kanjinti	trastuzumab-anns, biosimilar, (Kanjinti), 10 mg
Kanuma	sebelipase alfa, 1 mg
Kcentra	Prothrombin complex concentrate (human), Kcentra, per IU of Factor IX activity
Kedrab	Rabies immune globulin, heat- and solvent/detergent-treated (RIG-HT S/D), human, for intramuscular and/or subcutaneous use
Kenalog	triamcinolone acetonide, not otherwise specified, 10 mg
Kepivance	palifermin, 50 mcg
ketorolac injection	ketorolac tromethamine, per 15 mg
Keytruda	pembrolizumab, 1 mg
Khapzory	levoleucovorin (Khapzory), 0.5 mg
Kimtrak	tebentafusp-tebn, 1 mcg
Kimyrsa	oritavancin (Kimyrsa), 10 mg
Kinevac	sincalide, 5 mcg
Kinrix	Diphtheria, tetanus toxoids, acellular pertussis vaccine and inactivated poliovirus vaccine, (DTaP-IPV), when administered to children 4 years through 6 years of age, for intramuscular
Kisunla	donanemab-azbt, 2 mg
Korsuva	difelikefalin, 0.1 mcg, (for ESRD on dialysis)
Kovaltry	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), (Kovaltry), 1 IU
Krystexxa	pegloticase, 1 mg
Kybella	deoxycholic acid, 1 mg
Kyleena	Levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system, (Kyleena), 19.5 mg
Kymriah	Tisagenlecleucel, up to 600 million CAR-positive viable T cells, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose
Kyprolis	carfilzomib, 1 mg
labetalol	labetalol HCl, 5 mg
labetalol, generic (Hikma)	labetalol HCl (Hikma) not therapeutically equivalent to J1820, 5 mg
lactated ringers infusion	Ringers lactate infusion, up to 1,000 cc
Lamzede	velmanase alfa-tycv, 1 mg
lanreotide (cipla)	lanreotide, (Cipla), 1 mg
Lartruvo	olaratumab, 10 mg
Lemtrada	alemtuzumab, 1 mg
Leqembi	lecanemab-irmb, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Leqvio	inclisiran, 1 mg
leucovorin calcium	leucovorin calcium, per 50 mg
Leukine	sargramostim (GM-CSF), 50 mcg
leuprolide acetate	Leuprolide acetate, per 1 mg
levetiracetam injection	levetiracetam, 10 mg
Levofloxacin injection	levofloxacin, 250 mg
levothyroxine injection	levothyroxine sodium, not otherwise specified, 10 mcg
levothyroxine generic (Fresenius Kabi)	levothyroxine sodium (Fresenius Kabi) not therapeutically equivalent to J0650, 10 mcg
levothyroxine generic (Hikma)	levothyroxine sodium (Hikma) not therapeutically equivalent to J0650, 10 mcg
Levsin injection	hyoscyamine sulfate, up to 0.25 mg
Levulan	Aminolevulinic acid HCl for topical administration, 20%, single unit dosage form (354 mg)
Lexiscan	regadenoson, 0.1 mg
Libtayo	cemiplimab-rwlc, 1 mg
lidocaine/dextrose injection	lidocaine HCl in 5% dextrose, 1 mg
Liletta	Levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system (Liletta), 52 mg
Lincocin	lincomycin HCl, up to 300 mg
linezolid, generic (Pfizer)	linezolid (Hospira) not therapeutically equivalent to J2020, 200 mg
LMD in D5W infusion	Infusion, dextran 40, 500 ml
Loqtorzi	toripalimab-tpzi, 1 mg
lorazepam injection	lorazepam, 2 mg
Lucentis	ranibizumab, 0.1 mg
Lumizyme	alglucosidase alfa, (Lumizyme), 10 mg
Lumoxiti	moxetumomab pasudotox-tdfk, 0.01 mg
Lunsumio	mosunetuzumab-axgb, 1 mg
Lupron Depot, Eligard	Leuprolide acetate (for depot suspension), 75 mg
Lupron Depot-Ped	leuprolide acetate (for depot suspension), per 3.75 mg
Lurbinectedin	lurbinectedin, 0.1 mg
Lutrate	leuprolide acetate for depot suspension (Cipla), 75 mg
Luxturna	voretigene neparvovec-rzyl, 1 billion vector genomes
Lyfgenia	lovotibeglogene autotemcel, per treatment
Lymphir	denileukin diftitox-cxdl, 1 mcg
MACI	Autologous cultured chondrocytes, implant
magnesium sulfate injection	magnesium sulfate, per 500 mg
mannitol injection	mannitol, 25% in 50 ml
Margenza	margetuximab-cmkb, 5 mg
Mavenclad	cladribine, per 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Melphalan HCL	melphalan HCl, not otherwise specified, 50 mg
melphalan, generic (Apotex)	melphalan (Apotex), 1 mg
Menactra	Meningococcal conjugate vaccine, serogroups A, C, W, Y, quadrivalent, diphtheria toxoid carrier (MenACWY-D) or CRM197 carrier (MenACWY-CRM), for intramuscular use
MenQuadfi	Meningococcal conjugate vaccine, serogroups A, C, W, Y, quadrivalent, tetanus toxoid carrier (MenACWY-TT), for intramuscular use
Mepsevii	vestronidase alfa-vjkb, 1 mg
meropenem	meropenem, 100 mg
meropenem, generic (B. Braun)	meropenem (B. Braun) not therapeutically equivalent to J2185, 100 mg
meropenem, generic (WG Critical Care)	meropenem (WG Critical Care), not therapeutically equivalent to J2185, 100 mg
Mesna	mesna, 200 mg
Methadone injection	methadone HCl, up to 10 mg
methotrexate	Methotrexate sodium, 50 mg
methotrexate, generic (Accord)	methotrexate (Accord), not therapeutically equivalent to J9250 and J9260, 50 mg
methylegonovine maleate	methylegonovine maleate, up to 0.2 mg
metoclopramide injection	metoclopramide HCl, up to 10 mg
metronidazole injection	metronidazole, 10 mg
micafungin injection	micafungin sodium, 1 mg
micafungin, generic (Baxter)	micafungin in sodium (baxter), not therapeutically equivalent to j2248, 1 mg
micafungin, generic (Par pharmaceutical)	micafungin sodium (Par Pharm) not therapeutically equivalent to J2248, 1 mg
midazolam injection	midazolam HCl, per 1 mg
midazolam, generic (WG Critical Care)	midazolam HCl (WG Critical Care) not therapeutically equivalent to J2250, per 1 mg
milrinone injection	milrinone lactate, 5 mg
minocycline injection	minocycline HCl, 1 mg
Mircera (for ESRD on dialysis)	epoetin beta, 1 mcg, (for ESRD on dialysis)
Mircera (for non-ESRD)	epoetin beta, 1 mcg, (for non-ESRD use)
Mirena	Levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system (Mirena), 52 mg
mitomycin	Mitomycin, 5 mg
mitomycin pyelocalyceal instillation	Mitomycin pyelocalyceal instillation, 1 mg
Mitosol	Mitomycin, ophthalmic, 0.2 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
mitoxantrone	mitoxantrone HCl, per 5 mg
Moderna COVID-19 vaccine	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2) (coronavirus disease [COVID-19]) vaccine, mRNA LNP, 25 mcg/0.25 mL dosage, for intramuscular use
Moderna COVID-19 vaccine	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2) (coronavirus disease [COVID-19]) vaccine, mRNA LNP, 50 mcg/0.5 mL dosage, for intramuscular use
Monjuvi	tafasitamab-cxix, 2 mg
Monoferic	ferric derisomaltose, 10 mg
Monovisc	hyaluronan or derivative, Monovisc, for intra-articular per dose
morphine injection	morphine sulfate, up to 10 mg
morphine preservative-free injection	morphine sulfate, preservative free for epidural or intrathecal use, 10 mg
morphine, generic (Fresenius Kabi)	morphine sulfate (Fresenius Kabi) not therapeutically equivalent to J2270, up to 10 mg
moxifloxacin injection	moxifloxacin, 100 mg
moxifloxacin, generic (Fresenius Kabi)	moxifloxacin (Fresenius Kabi) not therapeutically equivalent to J2280, 100 mg
Mozobil	plerixafor, 1 mg
Muse	Alprostadil urethral suppository (code may be used for Medicare when drug administered under the direct supervision of a physician, not for use when drug is self-administered)
Mvasi	bevacizumab-awwb, biosimilar, (Mvasi), 10 mg
Mycophenolate (IV)	Immunosuppressive drug, not otherwise classified
Mycophenolate Mofetil	mycophenolate mofetil, 10 mg
Mylotarg	gemtuzumab ozogamicin, 0.1 mg
Myobloc	rimabotulinumtoxinB, 100 units
Nafcillin	NAFCILLIN SODIUM, 20 MG
Naglazyme	galsulfase, 1 mg
nalbuphine injection	nalbuphine HCl, per 10 mg
naloxone injection	naloxone HCl, per 1 mg
Naropin	ropivacaine HCl, 1 mg
nelarabine	nelarabine, 50 mg
Nembutal	pentobarbital sodium, per 50 mg
neostigmine injection	neostigmine methylsulfate, up to 0.5 mg
Neulasta	pegfilgrastim, excludes biosimilar, 0.5 mg
Neupogen	filgrastim (G-CSF), excludes biosimilars, 1 mcg
Nexplanon	Etonogestrel (contraceptive) implant system, including implant and supplies
Nexterone	amiodarone HCl (Nexterone), 30 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Nexvazyme	avalglucosidase alfa-ngpt, 4 mg
nicardipine Injection	nicardipine, 0.1 mg
Niktimvo	axatilimab-csfr, 0.1 mg
Nithiodote	sodium nitrite 3 mg and sodium thiosulfate 125 mg (Nithiodote)
nitroglycerin	nitroglycerin, 5 mg
Nivestym	filgrastim-aafi, biosimilar, (Nivestym), 1 mcg
normal saline infusion	Infusion, normal saline solution, 1,000 cc
normal saline infusion	Infusion, normal saline solution, sterile (500 ml=1 unit)
normal saline infusion	Infusion, normal saline solution, 250 cc
Not Otherwise Classified drugs, other than inhalation drugs, administered through DME	NOC drugs, other than inhalation drugs, administered through DME
Not otherwise classified, antineoplastic drug	Not otherwise classified, antineoplastic drugs
Novavax COVID-19 vaccine	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (coronavirus disease [COVID-19]) vaccine, recombinant spike protein nanoparticle, saponin-based adjuvant, preservative free, 5 mcg/0.5mL dosage, for intramuscular use
Novoeight	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), (NovoEight), per IU
NovoSeven RT	Factor VIIa (antihemophilic factor, recombinant), (NovoSeven RT), 1 mcg
Nplate	Injection Romiplostim 1 Mcg
Nucala	mepolizumab, 1 mg
Nulojix	belatacept, 1 mg
Nuwiq	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), (Nuwiq), 1 IU
Nuzyra	omadacycline, 1 mg
Nypozi	filgrastim-txid (Nypozi), biosimilar, 1 mcg
Nyvepria	pegfilgrastim-apgf (Nyvepria), biosimilar, 0.5 mg
Obizur	Factor VIII (antihemophilic factor, recombinant) (Obizur), per IU
Ocrevus	ocrelizumab, 1 mg
Ocrevus Zunovo	ocrelizumab, 1 mg and hyaluronidase-ocsq
Octagam	immune globulin, (Octagam), intravenous, nonlyophilized (e.g., liquid), 500 mg
Ofirmev	acetaminophen, not otherwise specified, 10 mg
Ofirmev, generic (B.Braun)	acetaminophen (B. Braun) not therapeutically equivalent to J0131, 10 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Ofirmev, generic (Fresenius Kabi)	acetaminophen (Fresenius Kabi) not therapeutically equivalent to J0131, 10 mg
Ogivri	Trastuzumab-dkst, biosimilar, (Ogivri), 10 mg
Olanzapine	olanzapine, 0.5 mg
omacetaxine	omacetaxine mepesuccinate, 0.01 mg
Omidria	Phenylephrine 10.16 mg/ml and ketorolac 2.88 mg/ml ophthalmic irrigation solution, 1 ml
OmvoH	mirikizumab-mrkz, 1 mg
Oncaspar	pegaspargase, per single dose vial
ondansetron injection	ondansetron HCl, per 1 mg
Onivyde	irinotecan liposome, 1 mg
Onpattro	patisiran, 0.1 mg
Ontruzant	trastuzumab-dttb, biosimilar, (Ontruzant), 10 mg
Opdivo	nivolumab, 1 mg
Opdualag	nivolumab and relatlimab-rmbw, 3 mg/1 mg
Orbactiv	oritavancin (Orbactiv), 10 mg
Orencia	abatacept, 10 mg (code may be used for Medicare when drug administered under the direct supervision of a physician, not for use when drug is self-administered)
orphenadrine injection	orphenadrine citrate, up to 60 mg
Orthovisc	Hyaluronan or derivative, Orthovisc, for intra-articular per dose
Otiprio	Instillation, ciprofloxacin otic suspension, 6 mg
Otulf	ustekinumab-aauz (Otulf), biosimilar, 1 mg
oxacillin injection	oxacillin sodium, up to 250 mg
Oxlumo	lumasiran, 0.5 mg
Oxytocin	oxytocin, up to 10 units
Ozurdex	dexamethasone, intravitreal implant, 0.1 mg
paclitaxel	paclitaxel, 1 mg
Padcev	enfortumab vedotin-ejfv, 0.25 mg
palonestrone, generic (Avyxa)	palonosetron hydrochloride (avyxa), not therapeutically equivalent to J2469, 25 mcg
pamidronate injection	pamidronate disodium, per 30 mg
Panhematin	hemin, 1 mg
Pantoprazole	Injection Pantoprazole Sodium In Naci 40 Mg
pantoprazole	pantoprazole sodium, 40 mg
pantoprazole, generic (Hikma)	pantoprazole (Hikma), not therapeutically equivalent to J2470, 40 mg
Panzyga	immune globulin (Panzyga), intravenous, non-lyophilized (e.g., liquid), 500 mg
papaverine injection	papaverine HCl, up to 60 mg
Paragard	Intrauterine copper contraceptive

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Parsabiv	etelcalcetide, 0.1 mg
Pavblu	aflibercept-ayyh (Pavblu), biosimilar, 1 mg
Pediarx	Diphtheria, tetanus toxoids, acellular pertussis vaccine, hepatitis B, and inactivated poliovirus vaccine, (DTaP-HepB-IPV) for intramuscular use
Pedmark	sodium thiosulfate, 100 mg
PedvaxHIB	Haemophilus influenzae type b vaccine (Hib), PRP-OMP conjugate, 3-dose schedule, for intramuscular use
Pegintron	interferon, alfa-2b, recombinant, 1 million units
pemetrexed ditromethamine	pemetrexed (Hospira) not therapeutically equivalent to J9305, 10 mg
pemetrexed, generic (Accord)	pemetrexed (Accord), not therapeutically equivalent to J9305, 10 mg
Pemetrexed, generic (Avyxa)	Injectn Pem Avyxa Not Ther Equiv To J9305 10 Mg
pemetrexed, generic (BluePoint)	pemetrexed (BluePoint) not therapeutically equivalent to J9305, 10 mg
pemetrexed, generic (Hospira)	pemetrexed (Hospira), not therapeutically equivalent to J9305, 10 mg
pemetrexed, generic (Sandoz)	pemetrexed (Sandoz), not therapeutically equivalent to J9305, 10 mg
pemetrexed, generic (Teva)	pemetrexed (Teva) not therapeutically equivalent to J9305, 10 mg
Pemfexy	pemetrexed (Pemfexy), 10 mg
Pemgarda	pemivibart, 4500 mg
Pemrydi RTU	pemetrexed (Pemrydi RTU), 10 mg
Penbraya	Meningococcal pentavalent vaccine, conjugated Men A, C, W, Y- tetanus toxoid carrier, and Men B-FHbp, for intramuscular use
penicillin G procaine	penicillin G procaine, aqueous, up to 600,000 units
Pentacel	Diphtheria, tetanus toxoids, acellular pertussis vaccine, Haemophilus influenzae type b, and inactivated poliovirus vaccine, (DTaP-IPV/Hib), for intramuscular use
pentamidine Inhalation	Pentamidine isethionate, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, unit dose form, per 300 mg
pentostatin	pentostatin, 10 mg
Perjeta	pertuzumab, 1 mg
Perseris	risperidone, (Perseris), 0.5 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2) (coronavirus disease [COVID-19]) vaccine, mRNA LNP, spike protein, 3 mcg/0.3 mL dosage, tris-sucrose formulation, for intramuscular use
Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2) (coronavirus disease [COVID-19]) vaccine, mRNA LNP, spike protein, 10 mcg/0.3 mL dosage, tris-sucrose formulation, for intramuscular use
Pfizerpen	penicillin G potassium, up to 600,000 units
phentolamine injection	phentolamine mesylate, up to 5 mg
phenylephrine	phenylephrine HCl, 20 mcg
Phenytoin injection	phenytoin sodium, per 50 mg
Phesgo	pertuzumab, trastuzumab, and hyaluronidase-zzxf, per 10 mg
phobarbital injection	phenobarbital sodium, up to 120 mg
Photofrin	porfimer sodium, 75 mg
Photrex - Photrex Viscous	Riboflavin 5'-phosphate, ophthalmic solution, up to 3 ml
phytonadione injection	phytonadione (vitamin K), per 1 mg
Piasy	Injection Crovalimab-Akkz 10 Mg
Pneumovax 23	Pneumococcal polysaccharide vaccine, 23-valent (PPSV23), adult or immunosuppressed patient dosage, when administered to individuals 2 years or older, for subcutaneous or intramuscular use
Polivy	polatuzumab vedotin-piiq, 1 mg
Pombiliti	cipaglucosidase alfa-atga, 5 mg
Portrazza	necitumumab, 1 mg
potassium chloride injection	potassium chloride, per 2 mEq
Poteligeo	mogamulizumab-kpkc, 1 mg
PreHevbrio	Hepatitis B vaccine (HepB), 3-antigen (S, Pre-S1, Pre-S2), 10 mcg dosage, 3 dose schedule, for intramuscular use
Premarin injection	estrogen conjugated, per 25 mg
Prevnar 13	Pneumococcal conjugate vaccine, 13 valent (PCV13), for intramuscular use
Prevnar 20	Pneumococcal conjugate vaccine, 20 valent (PCV20), for intramuscular use
Prialt	ziconotide, 1 mcg
Primaxin	cilastatin sodium; imipenem, per 250 mg
Priorix	Measles, mumps and rubella virus vaccine (MMR), live, for subcutaneous use
Privigen	immune globulin (Privigen), intravenous, nonlyophilized (e.g., liquid), 500 mg
procainamide injection	procainamide HCl, up to 1 g

Nombre del medicamento	Nombre genérico
prochlorperazine injection	prochlorperazine, up to 10 mg
progesterone oil injection	progesterone, per 50 mg
Proleukin	aldesleukin, per single use vial
Prolia, Xgeva	denosumab, 1 mg
promethazine injection	promethazine HCl, up to 50 mg
propranolol injection	propranolol HCl, up to 1 mg
ProQuad	Measles, mumps, rubella, and varicella vaccine (MMRV), live, for subcutaneous use
protamine injection	protamine sulfate, per 10 mg
Protopam	pralidoxime chloride, up to 1 g
Provenge	Sipuleucel-T, minimum of 50 million autologous CD54+ cells activated with PAP-GM-CSF, including leukapheresis and all other preparatory procedures, per infusion
Provocholine	Methacholine chloride administered as inhalation solution through a nebulizer, per 1 mg
Pulmicort Respules	Budesonide, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, unit dose form, up to 0.5 mg
Pulmicort Respules	Budesonide, inhalation solution, compounded product, administered through DME, unit dose form, up to 0.5 mg
pyridoxine injection	pyridoxine HCl, 100 mg
Pyzchiva (IV)	Injection Ustekinumab-Ttwe Pyzchiva Iv 1 Mg
Pyzchiva (SC)	Injection Ustekinumab-Ttwe Pyzchiva Sc 1 Mg
Qalsody	tofersen, 1 mg
Qutenza	Capsaicin 8% patch, per sq cm
Quzyttir	cetirizine HCl, 0.5 mg
Rabavert	Rabies vaccine, for intramuscular use
Radicava	edaravone, 1 mg
Rapivab	peramivir, 1 mg
Rebinyn	Injection Factor IX, (antihemophilic factor, recombinant), glycoPEGylated, (Rebinyn), 1 IU
Reblozyl	luspatercept-aamt, 0.25 mg
Rebyota	Fecal microbiota, live - js1m, 1 ml
Recarbrio	imipenem 4 mg, cilastatin 4 mg and relebactam 2 mg
Reclast	zoledronic acid, 1 mg
Recombivax HB	Hepatitis B vaccine (HepB), dialysis or immunosuppressed patient dosage, 3 dose schedule, for intramuscular use
Recombivax HB	Hepatitis B vaccine (HepB), adolescent, 2 dose schedule, for intramuscular use

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Releuko	filgrastim-ayow, biosimilar, (Releuko), 1 mcg
Remicade	infliximab, excludes biosimilar, 10 mg
Remodulin	treprostinil, 1 mg
Renacidin	Irrigation solution for treatment of bladder calculi, for example renacidin, per 500 ml
Renflexis	infliximab-abda, biosimilar, (Renflexis), 10 mg
Retacrit (for ESRD on dialysis)	epoetin alfa-epbx, biosimilar, (Retacrit) (for ESRD on dialysis), 100 units
Retacrit (for Non-ESRD)	epoetin alfa-epbx, biosimilar, (Retacrit) (for non-ESRD use), 1000 units
Reteplase	reteplase, 18.1 mg
Retisert	fluocinolone acetonide, intravitreal implant (Retisert), 0.01 mg
Retrovir injection	zidovudine, 10 mg
Rezzayo	rezafungin, 1 mg
Rhophylac	Rho D immune globulin (human), (Rhophylac), intramuscular or intravenous, 100 IU
Riabni	rituximab-arrx, biosimilar, (Riabni), 10 mg
RiaSTAP	human fibrinogen concentrate, not otherwise specified, 1 mg
Rifadin	rifampin, 1 mg
RIMSO-50	DMSO, dimethyl sulfoxide, 50%, 50 ml
Risperdal Consta	risperidone (RISPERDAL CONSTA), 0.5 mg
Rituxan	rituximab, 10 mg
Rituxan Hycela	rituximab 10 mg and hyaluronidase
Rixubis	Factor IX, (antihemophilic factor, recombinant), Rixubis, per IU
Robaxin	methocarbamol, up to 10 ml
Roctavian	valoctocogene roxaparvovec-rvox, per ml, containing nominal 2 x 10 ¹³ vector genomes
Rolvedon	eflapegrastim-xnst, 0.1 mg
romidepsin, lyophilized	romidepsin, lyophilized, 0.1 mg
romidepsin, nonlyophilized	romidepsin, nonlyophilized, 0.1 mg
Rotarix	Rotavirus vaccine, human, attenuated (RV1), 2 dose schedule, live, for oral use
Rotateq	Rotavirus vaccine, pentavalent (RV5), 3 dose schedule, live, for oral use
RSV Vaccine	Respiratory syncytial virus vaccine, mRNA lipid nanoparticles, for intramuscular use
Ruconest	C1 esterase inhibitor (recombinant), Ruconest, 10 units
Ruxience	rituximab-pvvr, biosimilar, (RUXIENCE), 10 mg
Rybrevant	amivantamab-vmjw, 2 mg
Rykindo	risperidone (Rykindo), 0.5 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Rylaze	asparaginase, recombinant, (Rylaze), 0.1 mg
Ryplazim	plasminogen, human-tvmh, 1 mg
Rystiggo	rozanolixizumab-noli, 1 mg
Rytelo	INJECTION IMETELSTAT 1 MG
Ryzneuta	efbemalenograstim alfa-vuxw, 0.5 mg
Sandimmune	Cyclosporine, parenteral, 250 mg
Sandostatin LAR	octreotide, depot form for intramuscular 1 mg
Saphnelo	anifrolumab-fnia, 1 mg
Sarclisa	isatuximab-irfc, 10 mg
Scenesse	Afamelanotide implant, 1 mg
Selarsdi	Injection Ustekinumab-Aekn Selarsdi 1 Mg
Sevenfact	Factor VIIa (antihemophilic factor, recombinant)-jncw (Sevenfact), 1 mcg
Sezaby	phenobarbital sodium (Sezaby), 1 mg
Shingrix	Zoster (shingles) vaccine, (HZV), recombinant, subunit, adjuvanted, for intramuscular injection
Signifor LAR	pasireotide long acting, 1 mg
Simponi Aria	golimumab, 1 mg, for intravenous use
Simulect	basiliximab, 20 mg
Sinuva	Mometasone furoate sinus implant, (Sinuva), 10 mcg
Sivextro	tedizolid phosphate, 1 mg
Skyla	Levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system (Skyla), 13.5 mg
Skyrizi IV	risankizumab-rzaa, intravenous, 1 mg
sodium thiosulfate, generic (Hope)	sodium thiosulfate (Hope), 100 mg
Solesta	Injectable bulking agent, dextranomer/hyaluronic acid copolymer implant, anal canal, 1 ml, includes shipping and necessary supplies
Soliris	eculizumab, 2 mg
Solu-Cortef	hydrocortisone sodium succinate, up to 100 mg
Solu-Medrol	methylprednisolone sodium succinate, 5 mg
Somatuline Depot	lanreotide, 1 mg
Spevigo	spesolimab-sbzo, 1 mg
Spinraza	nusinersen, 0.1 mg
Spravato	Esketamine, nasal spray, 1 mg
Stelara	Ustekinumab, for intravenous 1 mg
Stimufend	pegfilgrastim-fpgk (Stimufend), biosimilar, 0.5 mg
Streptomycin	streptomycin, up to 1 g
Sublocade	buprenorphine extended-release (Sublocade), less than or equal to 100 mg
Sublocade	buprenorphine extended-release (Sublocade), greater than 100 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Sulfamethoxazole/Trimethoprim injection	sulfamethoxazole 5 mg and trimethoprim 1 mg
Sunlenca	lenacapavir, 1 mg
Supprelin LA	Histrelin implant (Supprelin LA), 50 mg
Sustol injection	granisetron, extended-release, 0.1 mg
Susvimo	ranibizumab, via intravitreal implant (Susvimo), 0.1 mg
Syfovre	pegcetacoplan, intravitreal, 1 mg
Sylvant	siltuximab, 10 mg
Synagis	Respiratory syncytial virus, monoclonal antibody, recombinant, for intramuscular use, 50 mg, each
Syndros	Dronabinol (Syndros), 0.1 mg, oral, FDA-approved prescription anti-emetic, for use as a complete therapeutic substitute for an IV anti-emetic at the time of chemotherapy treatment, not to exceed a 48 hour dosage regimen
Synercid	quinupristin/dalfopristin, 500 mg (150/350)
Synjoynt	Hyaluronan or derivative, SYNOJOYNT, for intra-articular 1 mg
Synvisc One	Hyaluronan or derivative, Synvisc or Synvisc-One, for intra-articular 1 mg
Tacrolimus (IV)	Tacrolimus, parenteral, 5 mg
Talvey	talquetamab-tgvs, 0.25 mg
Tazicef	ceftazidime, per 500 mg
Tecartus	Brexucabtagene autoleucel, up to 200 million autologous anti-CD19 CAR positive viable T cells, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose
Tecelra	Afamitresgene autoleucel, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose
Tecentriq	atezolizumab, 10 mg
Tecentriq Hybreza	atezolizumab, 5 mg and hyaluronidase-tqjs
Tecvayli	teclistamab-cqyv, 0.5 mg
Teflaro	ceftaroline fosamil, 10 mg
Temodar	temozolomide, 1 mg
Teniposide	teniposide, 50 mg
Tenivac	Tetanus and diphtheria toxoids adsorbed (Td), preservative free, when administered to individuals 7 years or older, for intramuscular use
Tepezza	teprotumumab-trbw, 10 mg
terbutaline sulfate	terbutaline sulfate, up to 1 mg
Testopel	Testosterone pellet, 75 mg
testosterone enanthate	testosterone enanthate, 1 mg
Tezspire	tezepelumab-ekko, 1 mg
thiamine injection	thiamine HCl, 100 mg
Thiotepa	thiotepa, 15 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Thrombate III	Antithrombin III (human), per IU
Thymoglobulin	Lymphocyte immune globulin, antithymocyte globulin, rabbit, parenteral, 25 mg
Thyrogen	thyrotropin alpha, 0.9 mg, provided in 1.1 mg vial
TICE BCG	Bacillus Calmette-Guerin vaccine (BCG) for bladder cancer, live, for intravesical use
TICE BCG	BCG live intravesical instillation, 1 mg
Ticovac	Tick-borne encephalitis virus vaccine, inactivated; 0.25 mL dosage, for intramuscular use
Tigan	trimethobenzamide HCl, up to 200 mg
tigecycline, generic (Accord)	tigecycline (Accord) not therapeutically equivalent to J3243, 1 mg
Tivdak	tisotumab vedotin-tftv, 1 mg
TNKase	tenecteplase, 1 mg
tobramycin sulfate	tobramycin sulfate, up to 80 mg
Tofidence	tocilizumab-bavi (Tofidence), biosimilar, 1 mg
Torisel	temsirolimus, 1 mg
Totect	dexrazoxane HCl, per 250 mg
Trazimera	trastuzumab-qyyp, biosimilar, (Trazimera), 10 mg
Treanda	bendamustine HCl (Treanda), 1 mg
Trelstar	triptorelin pamoate, 3.75 mg
Tremfya	guselkumab, 1 mg
Tretten	Factor XIII A-subunit, (recombinant), per IU
Triesence	triamcinolone acetoneide, preservative free, 1 mg
Triferic AVNU	ferric pyrophosphate citrate solution (Triferic AVNU), 0.1 mg of iron
Triferic Packet	ferric pyrophosphate citrate powder, 0.1 mg of iron
Triferic Solution	ferric pyrophosphate citrate solution (Triferic), 0.1 mg of iron
Triluron	Hyaluronan or derivative, Triluron, for intra-articular 1 mg
Triptodur	triptorelin, extended-release, 3.75 mg
Trisenox	arsenic trioxide, 1 mg
TriVisc	Hyaluronan or derivative, Trivisc, for intra-articular 1 mg
Trodelyv	sacituzumab govitecan-hziy, 2.5 mg
Trogarzo	ibalizumab-uiyk, 10 mg
Trumenba	Meningococcal recombinant lipoprotein vaccine, serogroup B (MenB-FHbp), 2 or 3 dose schedule, for intramuscular use
Truxima	rituximab-abbs, biosimilar, (Truxima), 10 mg
Twinrix	Hepatitis A & Hepatitis B vaccine (HepA-HepB) adult dosage, for intramuscular use

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Twirla	Contraceptive supply, hormone containing patch, each
Tyenne	tocilizumab-aazg (Tyenne), biosimilar, 1 mg
Tygacil	tigecycline, 1 mg
Typhim Vi	Typhoid vaccine, Vi capsular polysaccharide (ViCPs), for intramuscular use
Tyruko	natalizumab-sztn (Tyruko), biosimilar, 1 mg
Tysabri	natalizumab, 1 mg
Tzield	teplizumab-mzwv, 5 mcg
Udenyca	pegfilgrastim-cbqv (Udenyca), biosimilar, 0.5 mg
Ultomiris	ravulizumab-cwvz, 10 mg
Unasyn	ampicillin sodium/sulbactam sodium, per 1.5 g
Unclassified biologics	Unclassified biologics
Unclassified drugs	Unclassified drugs
Uplizna	inebilizumab-cdon, 1 mg
Uzedy	risperidone (Uzedy), 1 mg
Vabomere	meropenem, vaborbactam, 10 mg/10 mg, (20 mg)
Vabysmo	faricimab-svoa, 0.1 mg
Valstar	valrubicin, intravesical, 200 mg
vancomycin injection	vancomycin HCl, 500 mg
vancomycin, generic (Mylan)	vancomycin HCl (Mylan) not therapeutically equivalent to J3370, 500 mg
vancomycin, generic (Xelia)	vancomycin HCl (Xellia) not therapeutically equivalent to J3370, 500 mg
Varivax	Varicella virus vaccine (VAR), live, for subcutaneous use
Varizig	Varicella-zoster immune globulin, human, for intramuscular use
vasopressin	vasopressin, 1 unit
vasopressin, generic (American Regent)	vasopressin (American Regent) not therapeutically equivalent to J2598, 1 unit
Vaxchora	Cholera vaccine, live, adult dosage, 1 dose schedule, for oral use
Vaxelis	Diphtheria, tetanus toxoids, acellular pertussis vaccine, inactivated poliovirus vaccine, Haemophilus influenzae type b PRP-OMP conjugate vaccine, and hepatitis B vaccine (DTaP-IPV-Hib-HepB), for intramuscular use
Vaxnuevance	Pneumococcal conjugate vaccine, 15 valent (PCV15), for intramuscular use
Vectibix	panitumumab, 10 mg
Vegzelma	bevacizumab-adcd (Vegzelma), biosimilar, 10 mg
Veklury	remdesivir, 1 mg
Velcade	bortezomib, 0.1 mg
Venofer	iron sucrose, 1 mg
Veopoz	pozelimab-bbfg, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Vibativ	telavancin, 10 mg
Vidaza	azacitidine, 1 mg
Viltepso	viltolarsen, 10 mg
Vimizim	elosulfase alfa, 1 mg
vinblastine	vinblastine sulfate, 1 mg
vincristine	Vincristine sulfate, 1 mg
vinorelbine	vinorelbine tartrate, 10 mg
Visudyne	verteporfin, 0.1 mg
Vitrase	hyaluronidase, ovine, preservative free, per 1 USP unit (up to 999 USP units)
Vivitrol	naltrexone, depot form, 1 mg
Vivotif	Typhoid vaccine, live, oral
Vizamyl	Flutemetamol F18, diagnostic, per study dose, up to 5 mCi
Vonvendi	von Willebrand factor (recombinant), (Vonvendi), 1 IU VWF:RCO
voriconazole injection	voriconazole, 10 mg
Vpriv	velaglycerase alfa, 100 units
Vyepti	eptinezumab-jjmr, 1 mg
Vyjuvek	Beremagene geperpavec-svdt for topical administration, containing nominal 5×10^9 PFU/ml vector genomes, per 0.1 ml
Vyondys 53	golodirsen, 10 mg
Vyvgart	efgartigimod alfa-fcab, 2 mg
Vyvgart Hytrulo	efgartigimod alfa, 2 mg and hyaluronidase-qvfc
Vyxeos	liposomal, 1 mg daunorubicin and 2.27 mg cytarabine
Wezlana (IV)	ustekinumab-auub (wezlana), biosimilar, intravenous, 1 mg
Wezlana (SC)	ustekinumab-auub (Wezlana), biosimilar, SC, 1 mg
Wilate	von Willebrand factor complex (human), Wilate, 1 IU VWF:RCO
WinRho SDF	Rho(D) immune globulin (RhIg), human, full-dose, for intramuscular use
WinRho SDF	Rho(D) immune globulin (RhIgIV), human, for intravenous use
WinRho SDF	Rho D immune globulin, intravenous, human, solvent detergent, 100 IU
Xembify	immune globulin (xembify), 100 mg
Xenleta	lefamulin, 1 mg
Xenpozyme	olipudase alfa-rpcp, 1 mg
Xeomin	incobotulinumtoxinA, 1 unit
Xerava	eravacycline, 1 mg
Xiaflex	collagenase, clostridium histolyticum, 0.01 mg
Xipere	triamcinolone acetonide (Xipere), 1 mg
Xolair	omalizumab, 5 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Xopenex nebulizer solution	Levalbuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, concentrated form, 0.5 mg
Xopenex nebulizer solution	Levalbuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, unit dose, 0.5 mg
Xyntha	Factor VIII (antihemophilic factor, recombinant) (Xyntha), per IU
Yervoy	ipilimumab, 1 mg
Yescarta	Axicabtagene ciloleucel, up to 200 million autologous anti-CD19 CAR positive T cells, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose
YF-Vax	Yellow fever vaccine, live, for subcutaneous use
Yondelis	trabectedin, 0.1 mg
Yutiq	fluocinolone acetonide, intravitreal implant (Yutiq), 0.01 mg
Zaltrap	ziv-aflibercept, 1 mg
Zanosar	streptozocin, 1 g
Zarxio	filgrastim-sndz, biosimilar, (Zarxio), 1 mcg
Zemdri	plazomicin, 5 mg
Zemplar	paricalcitol, 1 mcg
Zerbaxa	ceftolozane 50 mg and tazobactam 25 mg
Ziextenzo	pegfilgrastim-bmez (ZIEXTENZO), biosimilar, 0.5 mg
Zilretta	triamcinolone acetonide, preservative-free, extended-release, microsphere formulation, 1 mg
Zimhi	naloxone HCl (Zimhi), 1 mg
Zinplava	bezlotoxumab, 10 mg
Zirabev	bevacizumab-bvzr, biosimilar, (Zirabev), 10 mg
Zoladex	Goserelin acetate implant, per 3.6 mg
Zolgensma	onasemnogene abeparvovec-xioi, per treatment, up to 5×10^{15} vector genomes
Zosyn	piperacillin sodium/tazobactam sodium, 1 g/0.125 g (1.125 g)
Zulresso	brexanolone, 1 mg
Zymfentra	infliximab-dyyb (zymfentra), 10 mg
Zynlonta	loncastuximab tesirine-lpyl, 0.075 mg
Zynteglo	betibeglogene autotemcel, per treatment
Zynyz	retifanlimab-dlwr, 1 mg
Zyprexa Relprevv	olanzapine, long-acting, 1 mg
Zyvox	linezolid, 200 mg

Índice

ABACA/LAMIVU TAB 600-300.....	50	ADALIMU-ADBM KIT 20/0.4ML.....	120	ALOMIDE SOL 0.1% OP.....	132
ABACAVIR SOL 20MG/ML.....	50	ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML.....	120	ALOSETRON TAB 0.5MG.....	91
ABACAVIR TAB 300MG.....	50	ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML.....	120	ALOSETRON TAB 1MG.....	91
ABIRATERONE TAB 250MG.....	38	ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML.....	121	ALPRAZOLAM CON 1 MG/ML.....	53
ABIRATERONE TAB 500MG.....	38	ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML.....	121	ALPRAZOLAM TAB 0.5MG.....	54
ABRYSVO INJ.....	120	ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML.....	121	ALPRAZOLAM TAB 0.5MG ER.....	54
ABRYSVO INJ 120MCG.....	120	ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML.....	121	ALPRAZOLAM TAB 0.5MG OD.....	54
ACAMPRO CAL TAB 333MG.....	16	ADAPALENE CRE 0.1%.....	84	ALPRAZOLAM TAB 0.25MG.....	54
ACARBOSE TAB 25MG.....	57	ADAPALENE GEL 0.1%.....	84	ALPRAZOLAM TAB 0.25 ODT.....	54
ACARBOSE TAB 50MG.....	57	ADAPALENE GEL 0.3%.....	84	ALPRAZOLAM TAB 1MG.....	54
ACARBOSE TAB 100MG.....	57	ADAPALENE GEL PMP 0.3%.....	84	ALPRAZOLAM TAB 1MG ER.....	54
ACCU-CHEK KIT GUIDE.....	56	ADEFOV DIPIV TAB 10MG.....	50	ALPRAZOLAM TAB 1MG ODT.....	54
ACCU-CHEK KIT GUIDE ME.....	56	ADEMPAS TAB 0.5MG.....	137	ALPRAZOLAM TAB 2MG.....	54
ACCU-CHEK KIT SOFTCLIX.....	56	ADEMPAS TAB 1.5MG.....	137	ALPRAZOLAM TAB 2MG ER.....	54
ACCU-CHEK LIQ GUIDE.....	56	ADEMPAS TAB 1MG.....	137	ALPRAZOLAM TAB 2MG ODT.....	54
ACCU-CHEK LIQ SMART.....	56	ADEMPAS TAB 2.5MG.....	137	ALPRAZOLAM TAB 3MG ER.....	54
ACCU-CHEK SOL.....	56	ADEMPAS TAB 2MG.....	137	ALTABAX OIN 1%.....	18
ACCU-CHEK TES AVIVA PL.....	56	AFIRMELLE TAB 0.1-0.02.....	103	ALTACAINE SOL 0.5% OP.....	132
ACCU-CHEK TES GUIDE.....	56	AFLURIA INJ 2024-25.....	121	ALTAFRIN SOL 2.5% OP.....	133
ACCU-CHEK TES SMART.....	56	AFLURIA INJ 2024-25.....	121	ALTAFRIN SOL 10% OP.....	132
ACUTANE CAP 10MG.....	84	AFTERA TAB 1.5MG.....	103	ALTAVERA TAB.....	103
ACUTANE CAP 20MG.....	84	AFTERPILL TAB 1.5MG.....	103	ALVESCO AER 80MCG.....	137
ACUTANE CAP 30MG.....	84	AIMOVIG INJ 70MG/ML.....	36	ALVESCO AER 160MCG.....	137
ACUTANE CAP 40MG.....	84	AIMOVIG INJ 140MG/ML.....	36	ALVIMOPAN CAP 12MG.....	91
ACEBUTOLOL CAP 200MG.....	65	AKTEN GEL 3.5%.....	132	ALYACEN TAB 1/35.....	103
ACEBUTOLOL CAP 400MG.....	65	ALBENDAZOLE TAB 200MG.....	44	ALYACEN TAB 7/7/7.....	103
ACETAZOLAMID CAP 500MG ER.....	65	ALBUTEROL AER HFA.....	137	ALYQ TAB 20MG.....	137
ACETAZOLAMID TAB 125MG.....	65	ALBUTEROL NEB 0.5%.....	137	AMABELZ TAB 0.5-0.1.....	103
ACETAZOLAMID TAB 250MG.....	65	ALBUTEROL NEB 0.63MG/3.....	137	AMABELZ TAB 1-0.5MG.....	103
ACETIC ACID SOL 2% OTIC.....	136	ALBUTEROL NEB 0.083%.....	137	AMANTADINE CAP 100MG.....	45
ACETYLCYST SOL 10%.....	136	ALBUTEROL NEB 1.25MG/3.....	137	AMANTADINE SOL 50MG/5ML.....	45
ACETYLCYST SOL 20%.....	137	ALBUTEROL SYP 2MG/5ML.....	137	AMANTADINE SOL 100/10ML.....	45
ACITRETIN CAP 10MG.....	84	ALBUTEROL SYP 8MG/20ML.....	137	AMANTADINE TAB 100MG.....	45
ACITRETIN CAP 17.5MG.....	84	ALBUTEROL TAB 2MG.....	137	AMBRISANTAN TAB 5MG.....	137
ACITRETIN CAP 25MG.....	84	ALBUTEROL TAB 4MG.....	137	AMBRISANTAN TAB 10MG.....	137
ACTEMRA INJ 162/0.9.....	120	ALCLOMETASON CRE 0.05%.....	98	AMCINONIDE CRE 0.1%.....	98
ACTEMRA INJ ACTPEN.....	120	ALCLOMETASON OIN 0.05%.....	98	AMCINONIDE LOT 0.1%.....	98
ACTHIB INJ.....	120	ALCOHOL PREP PAD.....	128	AMCINONIDE OIN 0.1%.....	98
ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5.....	120	ALECENSA CAP 150MG.....	38	AMETHIA TAB.....	103
ACYCLOVIR CAP 200MG.....	50	ALENDRONATE SOL 70/75ML.....	127	AMETHYST TAB 90-20MCG.....	103
ACYCLOVIR OIN 5%.....	50	ALENDRONATE TAB 10MG.....	127	AMILOR/HCTZ TAB 5-50.....	65
ACYCLOVIR SUS 200/5ML.....	50	ALENDRONATE TAB 35MG.....	127	AMILORIDE TAB 5MG.....	65
ACYCLOVIR SUS 800/20ML.....	50	ALENDRONATE TAB 70MG.....	127	AMINOCAPR AC TAB 500MG.....	61
ACYCLOVIR TAB 400MG.....	50	ALFUZOSIN TAB 10MG ER.....	96	AMINOCAPR AC TAB 1000MG.....	61
ACYCLOVIR TAB 800MG.....	50	ALINIA SUS 100/5ML.....	44	AMINOCAPROIC SOL 0.25/ML.....	61
ADACEL INJ.....	120	ALLOPURINOL TAB 100MG.....	36	AMIODARONE TAB 100MG.....	65
ADALIMU-ADAZ INJ 10/0.1ML.....	120	ALLOPURINOL TAB 300MG.....	36	AMIODARONE TAB 200MG.....	65
ADALIMU-ADAZ INJ 20/0.2ML.....	120	ALMOTRIP MAL TAB 6.25MG.....	36	AMIODARONE TAB 400MG.....	65
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML.....	120	ALMOTRIP MAL TAB 12.5MG.....	36	AMITRIPTYLIN TAB 10MG.....	29
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML.....	120	ALMOTRIPTAN TAB 6.25MG.....	36	AMITRIPTYLIN TAB 25MG.....	29
ADALIMU-ADAZ INJ 80/0.8ML.....	120	ALMOTRIPTAN TAB 12.5MG.....	36	AMITRIPTYLIN TAB 50MG.....	29
ADALIMU-ADBM KIT 10/0.2ML.....	120	ALOCRIOL SOL 2%.....	132	AMITRIPTYLIN TAB 75MG.....	29

AMITRIPTYLIN TAB 100MG	29	AMPHET/DEXTR TAB 5MG	81	ARMODAFINIL TAB 250MG	145
AMITRIPTYLIN TAB 150MG	29	AMPHET/DEXTR TAB 7.5MG	81	ARMOUR THYRO TAB 15MG	114
AMJEVITA INJ 20/0.2ML	121	AMPHET/DEXTR TAB 10MG	81	ARMOUR THYRO TAB 30MG	115
AMJEVITA INJ 40/0.4ML	121	AMPHET/DEXTR TAB 12.5MG	81	ARMOUR THYRO TAB 60MG	115
AMJEVITA INJ 40/0.4ML	121	AMPHET/DEXTR TAB 15MG	81	ARMOUR THYRO TAB 90MG	115
AMJEVITA INJ 80/0.8ML	121	AMPHET/DEXTR TAB 20MG	81	ARMOUR THYRO TAB 120MG	114
AMLOD/BENAZP CAP 2.5-10MG	65	AMPHET/DEXTR TAB 30MG	81	ARMOUR THYRO TAB 180MG	114
AMLOD/BENAZP CAP 5-10MG	65	AMPICILLIN CAP 500MG	19	ARMOUR THYRO TAB 240MG	114
AMLOD/BENAZP CAP 5-20MG	65	ANAGRELIDE CAP 0.5MG	61	ARMOUR THYRO TAB 300MG	115
AMLOD/BENAZP CAP 5-40MG	65	ANAGRELIDE CAP 1MG	61	ARNUITY ELPT INH 50MCG	137
AMLOD/BENAZP CAP 10-20MG	65	ANALPRAM-HC LOT 2.5%	127	ARNUITY ELPT INH 100MCG	137
AMLOD/BENAZP CAP 10-40MG	65	ANASTROZOLE TAB 1MG	38	ARNUITY ELPT INH 200MCG	137
AMLODIPINE TAB 2.5MG	66	ANNOVERA MIS.	103	ASA/DIPYRIDA CAP 25-200MG	62
AMLODIPINE TAB 5MG	66	APAP-CAFFEIN CAP DIHYDROC.	10	ASCOMP/COD CAP 30MG	10
AMLODIPINE TAB 10MG	66	APAP/CODEINE SOL 120-12/5	10	ASENAPINE SUB 2.5MG	47
AMLOD/VALSAR TAB 5-160MG	66	APAP/CODEINE SOL 300-30MG	10	ASENAPINE SUB 5MG	47
AMLOD/VALSAR TAB 5-320MG	66	APAP/CODEINE TAB 300-15MG	10	ASENAPINE SUB 10MG	47
AMLOD/VALSAR TAB 10-160MG	65	APAP/CODEINE TAB 300-30MG	10	ASHLYNA TAB	103
AMLOD/VALSAR TAB 10-320MG	66	APAP/CODEINE TAB 300-60MG	10	ASMANEX 14 AER 220MCG	137
AMMONIUM LAC CRE 12%	84	APOMORPHINE INJ 30MG/3ML	45	ASMANEX 30 AER 110MCG	137
AMNESTEEM CAP 10MG	85	APRACLONIDIN SOL 0.5% OP	133	ASMANEX 30 AER 220MCG	138
AMNESTEEM CAP 20MG	85	APREPITANT CAP 40MG	33	ASMANEX 60 AER 220MCG	138
AMNESTEEM CAP 40MG	85	APREPITANT CAP 80MG	33	ASMANEX 120 AER 220MCG	137
AMOXAPINE TAB 25MG	29	APREPITANT CAP 125MG	33	ASMANEX HFA AER 50MCG	138
AMOXAPINE TAB 50MG	29	APREPITANT PAK 125 & 80	33	ASMANEX HFA AER 100 MCG	138
AMOXAPINE TAB 100MG	29	APRI TAB	103	ASMANEX HFA AER 200 MCG	138
AMOXAPINE TAB 150MG	29	APTIVUS CAP 250MG	50	ASPIRIN LOW CHW 81MG	10
AMOXICILLIN CAP 250MG	19	ARANELLE TAB	103	ASPIRIN LOW TAB 81MG EC	10
AMOXICILLIN CAP 500MG	19	ARANESP INJ 10MCG	62	ATABEX EC TAB 29-1MG	87
AMOXICILLIN CHW 125MG	19	ARANESP INJ 25MCG	62	ATABEX OB TAB 29-1MG	87
AMOXICILLIN CHW 250MG	19	ARANESP INJ 25MCG	62	ATAZANAVIR CAP 150MG	51
AMOXICILLIN SUS 125/5ML	19	ARANESP INJ 40MCG	62	ATAZANAVIR CAP 200MG	51
AMOXICILLIN SUS 200/5ML	19	ARANESP INJ 40MCG	62	ATAZANAVIR CAP 300MG	51
AMOXICILLIN SUS 250/5ML	19	ARANESP INJ 60MCG	62	ATENOL/CHLOR TAB 50-25MG	66
AMOXICILLIN SUS 400/5ML	19	ARANESP INJ 60MCG	62	ATENOL/CHLOR TAB 100-25MG	66
AMOXICILLIN TAB 500MG	19	ARANESP INJ 100MCG	61	ATENOLOL TAB 25MG	66
AMOXICILLIN TAB 875MG	19	ARANESP INJ 100MCG	61	ATENOLOL TAB 50MG	66
AMOX/K CLAV CHW 200MG	18	ARANESP INJ 150MCG	62	ATENOLOL TAB 100MG	66
AMOX/K CLAV CHW 400MG	18	ARANESP INJ 200MCG	62	ATORVASTATIN TAB 10MG	66
AMOX/K CLAV SUS 200/5ML	18	ARANESP INJ 200MCG	62	ATORVASTATIN TAB 20MG	66
AMOX/K CLAV SUS 250/5ML	18	ARANESP INJ 300MCG	62	ATORVASTATIN TAB 40MG	66
AMOX/K CLAV SUS 400/5ML	18	ARANESP INJ 500MCG	62	ATORVASTATIN TAB 80MG	66
AMOX/K CLAV SUS 600/5ML	18	AREXVY INJ 120MCG	121	ATOVAQ/PROGU TAB 62.5-25	44
AMOX/K CLAV TAB 250-125	19	ARFORMOTEROL NEB 15/2ML	137	ATOVAQ/PROGU TAB 250-100	44
AMOX/K CLAV TAB 500-125	19	ARIPIRAZOLE SOL 1MG/ML	47	ATOVAQUONE SUS 750/5ML	44
AMOX/K CLAV TAB 875-125	19	ARIPIRAZOLE TAB 2MG	47	ATROPINE SUL SOL 1% OP	133
AMPHETAMINE TAB 5MG	81	ARIPIRAZOLE TAB 5MG	47	ATROVENT HFA AER 17MCG	138
AMPHETAMINE TAB 10MG	81	ARIPIRAZOLE TAB 10MG	47	AUBRA EQ TAB 0.1-0.02	103
AMPHET/DEXTR CAP 5MG ER	81	ARIPIRAZOLE TAB 15MG	47	AUROVELA 24 TAB FE 1/20	103
AMPHET/DEXTR CAP 10MG ER	80	ARIPIRAZOLE TAB 20MG	47	AUROVELA FE TAB 1.5/30	103
AMPHET/DEXTR CAP 15MG ER	80	ARIPIRAZOLE TAB 30MG	47	AUROVELA FE TAB 1/20	103
AMPHET/DEXTR CAP 20MG ER	81	ARMODAFINIL TAB 50MG	145	AUROVELA TAB 1.5/30	103
AMPHET/DEXTR CAP 25MG ER	81	ARMODAFINIL TAB 150MG	145	AUROVELA TAB 1/20	103
AMPHET/DEXTR CAP 30MG ER	81	ARMODAFINIL TAB 200MG	145	AUSTEDO TAB 6MG	81

AUSTEDO TAB 9MG.....	81	BENZAEPRIIL TAB 40MG.....	66	BPM-PSE-DM SYP 2-30-10	138
AUSTEDO TAB 12MG.....	81	BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG	45	BREYNA AER 80/4.5.....	138
AUSTEDO XR TAB 6MG	81	BENZNIDAZOLE TAB 100MG.....	45	BREYNA AER 160/4.5	138
AUSTEDO XR TAB 12MG	81	BENZONATATE CAP 100MG.....	138	BREZTRI AERO AER SPHERE	138
AUSTEDO XR TAB 18MG	81	BENZONATATE CAP 200MG.....	138	BRIELLYN TAB.....	104
AUSTEDO XR TAB 24MG.....	81	BENZTROPINE TAB 0.5MG	45	BRIMONIDINE GEL 0.33%.....	85
AUSTEDO XR TAB 30MG ER	81	BENZTROPINE TAB 1MG	45	BRIMONIDINE SOL 0.2% OP	133
AUSTEDO XR TAB 36MG ER	81	BENZTROPINE TAB 2MG	45	BRIMONIDINE SOL 0.15%.....	133
AUSTEDO XR TAB 42MG ER	81	BEPOTASTINE DRO 1.5% OP.....	133	BRIMO/TIMOLO SOL 0.2/0.5%.....	133
AUSTEDO XR TAB 48MG ER	81	BETADINE SOL 5% OP	133	BRINZOLAMIDE SUS 1%.....	133
AUSTEDO XR TAB TITR KIT.....	81	BETA DIPROP CRE 0.05%.....	98	BRINZOLAMIDE SUS 1% OP	133
AUSTEDO XR TAB TITR KIT.....	81	BETA DIPROP GEL 0.05%.....	98	BROMFENAC DRO 0.09% OP.....	133
AUTOPEN MIS 1-21UNIT.....	56	BETA DIPROP LOT 0.05%.....	98	BROMOCRIPTIN CAP 5MG.....	45
AVIANE TAB	103	BETA DIPROP OIN 0.05%.....	98	BROMOCRIPTIN TAB 2.5MG	45
AVONEX PEN KIT 30MCG	81	BETAINE ANHY POW.....	96	BROM/PSE/DM SYP	138
AVONEX PREFL KIT 30MCG.....	82	BETAMETH DIP CRE 0.05%.....	98	BROM/PSE/DM SYP 2-30-10.....	138
AYUNA TAB	103	BETAMETH DIP LOT 0.05%	98	BROM/PSE/DM SYP 2/30/10.....	138
AZASITE SOL 1%	133	BETAMETH DIP OIN 0.05%	98	BRUKINSA CAP 80MG.....	38
AZATHIOPRINE TAB 50MG.....	121	BETAMETH VAL CRE 0.1%.....	98	BUDES/FORMOT AER 80-4.5.....	138
AZELAIC ACID GEL 15%.....	85	BETAMETH VAL LOT 0.1%.....	98	BUDES/FORMOT AER 160-4.5	138
AZELASTINE DRO 0.05%.....	133	BETAMETH VAL OIN 0.1%.....	98	BUDESONIDE CAP 3MG DR.....	127
AZELASTINE SPR 0.1%.....	138	BETASERON INJ 0.3MG	82	BUDESONIDE SUS 0.5MG/2.....	139
AZITHROMYCIN POW 1GM PAK.....	19	BETAXOLOL SOL 0.5% OP	133	BUDESONIDE SUS 0.25MG/2	139
AZITHROMYCIN SUS 100/5ML	19	BETAXOLOL TAB 10MG.....	66	BUDESONIDE SUS 1MG/2ML	139
AZITHROMYCIN SUS 200/5ML	19	BETAXOLOL TAB 20MG.....	66	BUMETANIDE TAB 0.5MG	67
AZITHROMYCIN TAB 250MG.....	19	BETHANECHOL TAB 5MG	96	BUMETANIDE TAB 1MG.....	67
AZITHROMYCIN TAB 500MG	19	BETHANECHOL TAB 10MG	96	BUMETANIDE TAB 2MG	67
AZITHROMYCIN TAB 600MG	19	BETHANECHOL TAB 25MG.....	96	BUPREN/NALOX MIS 2-0.5MG.....	16
AZURETTE TAB.....	103	BETHANECHOL TAB 50MG	96	BUPREN/NALOX MIS 4-1MG	16
BACIT/POLYMY OIN OP	133	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	138	BUPREN/NALOX MIS 8-2MG.....	17
BACITRACIN OIN OP	133	BEXAROTENE CAP 75MG	38	BUPREN/NALOX MIS 12-3MG.....	16
BACLOFEN TAB 5MG	144	BEXAROTENE GEL 1%	38	BUPREN/NALOX SUB 2-0.5MG.....	17
BACLOFEN TAB 10MG	144	BEXSERO INJ	121	BUPREN/NALOX SUB 8-2MG.....	17
BACLOFEN TAB 20MG.....	144	BEYFORTUS INJ 50/0.5ML.....	121	BUPRENORPHIN SUB 2MG.....	17
BAC TAB	10	BEYFORTUS INJ 100MG/ML.....	121	BUPRENORPHIN SUB 8MG.....	17
BALSALAZIDE CAP 750MG	127	BICALUTAMIDE TAB 50MG.....	38	BUPROPION TAB 75MG	29
BALZIVA TAB	104	BIJUVA CAP 0.5-100	104	BUPROPION TAB 100MG	29
BAQSIMI ONE POW 3MG/DOSE.....	57	BIKTARVY TAB.....	51	BUPROPION TAB 100MG SR	29
BAQSIMI TWO POW 3MG/DOSE.....	57	BIKTARVY TAB.....	51	BUPROPION TAB 150MG SR.....	17
BARACLUDE SOL	51	BISACODYL TAB 5MG EC.....	92	BUPROPION TAB 150MG SR.....	29
BASAGLAR INJ 100UNIT	57	BISOPRL/HCTZ TAB 2.5/6.25.....	66	BUPROPION TAB 150MG SR.....	29
BAXDELA TAB 450MG.....	19	BISOPRL/HCTZ TAB 5-6.25MG.....	66	BUPROPION TAB 150MG XL.....	29
BD GLUCOSE CHW 5GM	128	BISOPRL/HCTZ TAB 10/6.25	66	BUPROPION TAB 200MG SR.....	29
BELSOMRA TAB 5MG	145	BISOPROL FUM TAB 5MG	66	BUPROPION TAB 300MG XL.....	29
BELSOMRA TAB 10MG.....	145	BISOPROL FUM TAB 10MG	66	BUSPIRONE TAB 5MG	54
BELSOMRA TAB 15MG.....	145	BLISOVI 24 TAB FE 1/20.....	104	BUSPIRONE TAB 75MG.....	54
BELSOMRA TAB 20MG	145	BLISOVI FE TAB 1.5/30	104	BUSPIRONE TAB 10MG	54
BENZAEP/HCTZ TAB 5-6.25MG	66	BLISOVI FE TAB 1/20	104	BUSPIRONE TAB 15MG	54
BENZAEP/HCTZ TAB 10-12.5	66	BOOSTRIX INJ	121	BUSPIRONE TAB 30MG.....	54
BENZAEP/HCTZ TAB 20-12.5	66	BOOSTRIX INJ	121	BUTAL/APAP TAB 50-325MG.....	10
BENZAEP/HCTZ TAB 20-25MG.....	66	BOSENTAN TAB 62.5MG.....	138	BUTALB/ACETA TAB 50-300MG	10
BENZAEPRIIL TAB 5MG	66	BOSENTAN TAB 125MG.....	138	BUT/APAP/CAF CAP.....	10
BENZAEPRIIL TAB 10MG	66	BOSULIF CAP 50MG.....	38	BUT/APAP/CAF CAP.....	10
BENZAEPRIIL TAB 20MG.....	66	BOSULIF CAP 100MG	38	BUT/APAP/CAF CAP CODEINE.....	10

BUT/APAP/CAF CAP CODEINE	10	CARBAMAZEPIN TAB 400MG ER	24	CEFUROXIME TAB 500MG	20
BUT/APAP/CAF TAB	10	CARBIDOPA TAB 25MG	46	CELECOXIB CAP 50MG	10
BUT/ASA/CAF/ CAP CODEINE	10	CARBINOXAMIN SOL 4MG/5ML	139	CELECOXIB CAP 100MG	10
BUT/ASA/CAFF CAP	10	CARBINOXAMIN TAB 4MG	139	CELECOXIB CAP 200MG	10
BUTORPHANOL SOL 10MG/ML	10	CARB/LEVO 50 TAB /ENTACAP	45	CELECOXIB CAP 400MG	10
BYDUREON BC INJ 2/0.85ML	57	CARB/LEVO 75 TAB /ENTACAP	46	CEPHALEXIN CAP 250MG	20
CABERGOLINE TAB 0.5MG	102	CARB/LEVO100 TAB /ENTACAP	46	CEPHALEXIN CAP 500MG	20
CAFFEINE CIT SOL 20MG/ML	82	CARB/LEVO125 TAB /ENTACAP	46	CEPHALEXIN SUS 125/5ML	20
CAFFEINE CIT SOL 60MG/3ML	82	CARB/LEVO150 TAB /ENTACAP	46	CEPHALEXIN SUS 250/5ML	20
CALC ACETATE CAP 667MG	87	CARB/LEVO200 TAB /ENTACAP	46	CEVIMELINE CAP 30MG	84
CALC ACETATE TAB 667MG	87	CARB/LEVO ER TAB 25-100MG	46	CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20	104
CALCIP/BETAM SUS	85	CARB/LEVO ER TAB 50-200MG	46	CHATEAL EQ TAB 0.15/30	104
CALCIPOTRIEN CRE 0.005%	85	CARB/LEVO TAB 10-100MG	46	CHEMET CAP 100MG	87
CALCIPOTRIEN OIN 0.005%	85	CARB/LEVO TAB 10-100MG	46	CHEMSTRIP K TES	128
CALCIPOTRIEN OIN BETAMETH	85	CARB/LEVO TAB 25-100MG	46	CHEMSTRIP TES MICRAL	128
CALCIPOTRIEN SOL 0.005%	85	CARB/LEVO TAB 25-100MG	46	CHLORDIAZEP CAP 5MG	54
CALCITONIN SPR 200/ACT	127	CARB/LEVO TAB 25-250MG	46	CHLORDIAZEP CAP 10MG	54
CALCITRIOL CAP 0.5MCG	127	CARB/LEVO TAB 25-250MG	46	CHLORDIAZEP CAP 25MG	54
CALCITRIOL CAP 0.25MCG	127	CARGLUMIC TAB 200MG	87	CHLORHEX GLU SOL 0.12%	84
CALCITRIOL OIN 3MCG/GM	85	CARISOPRODOL TAB 350MG	144	CHLOROQUINE TAB 250MG	45
CALCITRIOL SOL 1MCG/ML	128	CARTEOLOL SOL 1% OP	133	CHLOROQUINE TAB 500MG	45
CALQUENCE TAB 100MG	38	CARTIA XT CAP 120/24HR	67	CHLORPROMAZ TAB 10MG	47
CAMILA TAB 0.35MG	104	CARTIA XT CAP 180/24HR	67	CHLORPROMAZ TAB 25MG	47
CAMRESE LO TAB	104	CARTIA XT CAP 240/24HR	67	CHLORPROMAZ TAB 50MG	47
CAMRESE TAB	104	CARTIA XT CAP 300/24HR	67	CHLORPROMAZ TAB 100MG	47
CANDESA/HCTZ TAB 16-12.5	67	CARVEDILOL TAB 3.125MG	67	CHLORPROMAZ TAB 200MG	47
CANDESA/HCTZ TAB 32-12.5	67	CARVEDILOL TAB 6.25MG	67	CHLORTHALID TAB 25MG	67
CANDESA/HCTZ TAB 32-25MG	67	CARVEDILOL TAB 12.5MG	67	CHLORTHALID TAB 50MG	67
CANDESARTAN TAB 4MG	67	CARVEDILOL TAB 25MG	67	CHLORZOXAZON TAB 500MG	144
CANDESARTAN TAB 8MG	67	CAYA DPR	128	CHOLESTYRAM POW 4GM	67
CANDESARTAN TAB 16MG	67	CDP/AMITRIP TAB 5-12.5MG	29	CHOLESTYRAM POW 4GM	67
CANDESARTAN TAB 32MG	67	CDP/AMITRIP TAB 10-25MG	29	CHOLESTYRAM POW 4GM LITE	67
CAPECITABINE TAB 150MG	39	CEFACLOL CAP 250MG	19	CHOLESTYRAM POW 4GM LITE	67
CAPECITABINE TAB 500MG	39	CEFACLOL CAP 500MG	19	CICLODAN SOL 8%	34
CAPRELSA TAB 100MG	39	CEFACLOL ER TAB 500MG	19	CICLOPIROX CRE 0.77%	34
CAPRELSA TAB 300MG	39	CEFADROXIL CAP 500MG	19	CICLOPIROX GEL 0.77%	34
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-15MG	67	CEFADROXIL SUS 250/5ML	19	CICLOPIROX SHA 1%	34
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-25MG	67	CEFADROXIL SUS 500/5ML	19	CICLOPIROX SOL 8%	34
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-15MG	67	CEFADROXIL TAB 1GM	20	CICLOPIROX SUS 0.77%	34
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-25MG	67	CEFDINIR CAP 300MG	20	CILOSTAZOL TAB 50MG	62
CAPTOPRIL TAB 12.5MG	67	CEFDINIR SUS 125/5ML	20	CILOSTAZOL TAB 100MG	62
CAPTOPRIL TAB 25MG	67	CEFDINIR SUS 250/5ML	20	CIMETIDINE SOL 300/5ML	92
CAPTOPRIL TAB 50MG	67	CEFIXIME CAP 400MG	20	CIMETIDINE TAB 200MG	92
CAPTOPRIL TAB 100MG	67	CEFIXIME SUS 100/5ML	20	CIMETIDINE TAB 300MG	92
CAPVAXIVE INJ 0.5ML	121	CEFIXIME SUS 200/5ML	20	CIMETIDINE TAB 400MG	92
CARBAMAZEPIN CAP 100MG ER	24	CEFPODO PROX SUS 50MG/5ML	20	CIMETIDINE TAB 800MG	92
CARBAMAZEPIN CAP 200MG ER	24	CEFPODO PROX SUS 100/5ML	20	CIMZIA KIT 200MG	121
CARBAMAZEPIN CAP 300MG ER	24	CEFPODOXIME TAB 100MG	20	CIMZIA PREFL KIT 200MG/ML	121
CARBAMAZEPIN CHW 100MG	24	CEFPODOXIME TAB 200MG	20	CIMZIA START KIT 200MG/ML	121
CARBAMAZEPIN SUS 100/5ML	24	CEFPROZIL SUS 125/5ML	20	CINACALCET TAB 30MG	128
CARBAMAZEPIN SUS 200/10ML	24	CEFPROZIL SUS 250/5ML	20	CINACALCET TAB 60MG	128
CARBAMAZEPIN TAB 100MG ER	24	CEFPROZIL TAB 250MG	20	CINACALCET TAB 90MG	128
CARBAMAZEPIN TAB 200MG	24	CEFPROZIL TAB 500MG	20	CIPRO/DEXA SUS 0.3-0.1%	136
CARBAMAZEPIN TAB 200MG ER	24	CEFUROXIME TAB 250MG	20	CIPROFLOXACN SOL 0.2%	136

CIPROFLOXACN SOL 0.3% OP	133	CLONAZEP ODT TAB 0.5MG.....	54	CORLANOR SOL 5MG/5ML.....	68
CIPROFLOXACN SUS 250/5ML.....	20	CLONAZEP ODT TAB 0.25MG	54	CORTIFOAM AER 90MG.....	127
CIPROFLOXACN TAB 100MG	20	CLONAZEP ODT TAB 0.125MG	54	CORTISPORIN SUS -TC OTIC	136
CIPROFLOXACN TAB 250MG	20	CLONAZEP ODT TAB 1MG.....	54	COTELLIC TAB 20MG.....	39
CIPROFLOXACN TAB 500MG	20	CLONAZEP ODT TAB 2MG.....	54	COUNT-A-DOSE MIS	128
CIPROFLOXACN TAB 750MG	20	CLONIDINE DIS 0.1/24HR.....	68	CREON CAP 3000UNIT.....	96
CIPRO/FLUOC DRO PF.....	136	CLONIDINE DIS 0.2/24HR.....	68	CREON CAP 6000UNIT	96
CITALOPRAM SOL 10MG/5ML.....	29	CLONIDINE DIS 0.3/24HR.....	68	CREON CAP 12000UNT	96
CITALOPRAM TAB 10MG	29	CLONIDINE TAB 0.1MG.....	68	CREON CAP 24000UNT	96
CITALOPRAM TAB 20MG	29	CLONIDINE TAB 0.1MG ER	82	CREON CAP 36000UNT.....	96
CITALOPRAM TAB 40MG.....	29	CLONIDINE TAB 0.2MG	68	CROMOLYN SOD CON 100/5ML.....	92
CITROMA SOL LEMONY	92	CLONIDINE TAB 0.3MG	68	CROMOLYN SOD NEB 20MG/2ML.....	139
CLARAVIS CAP 10MG	85	CLOPIDOGREL TAB 75MG	62	CROMOLYN SOD SOL 4% OP	133
CLARAVIS CAP 20MG.....	85	CLOPIDOGREL TAB 300MG	62	CROTAN LOT 10%.....	45
CLARAVIS CAP 30MG	85	CLORAZ DIPOT TAB 3.75MG	54	CRYSELLE-28 TAB 28 TABS.....	104
CLARAVIS CAP 40MG	85	CLORAZ DIPOT TAB 75MG	54	CURAE TAB 1.5MG	104
CLARITHROMYC SUS 125/5ML.....	20	CLORAZ DIPOT TAB 15MG	54	CVS PURELAX POW.....	92
CLARITHROMYC SUS 250/5ML.....	20	CLOTIMAZOLE TRO 10MG.....	34	CYANOCOBALAM INJ 1000MCG.....	87
CLARITHROMYC TAB 250MG	20	CLOTIM/BETA CRE DIPROP	34	CYANOCOBALAM INJ 10000MCG	87
CLARITHROMYC TAB 500MG.....	20	CLOTIM/BETA LOT DIPROP	34	CYANOCOBALAM INJ 30000MCG.....	87
CLARITHROMYC TAB 500MG ER	20	CLOZAPINE TAB 12.5/ODT	47	CYANOCOBALAM SOL 2000MCG.....	87
CLEARLAX POW	92	CLOZAPINE TAB 25MG	48	CYCLOBENZAPR TAB 5MG.....	144
CLEMASTINE TAB 2.68MG	139	CLOZAPINE TAB 25MG ODT	48	CYCLOBENZAPR TAB 75MG.....	144
CLENPIQ SOL.....	92	CLOZAPINE TAB 50MG.....	48	CYCLOBENZAPR TAB 10MG.....	144
CLIMARA PRO DIS WEEKLY	104	CLOZAPINE TAB 100MG.....	47	CYCLOMYDRIL SOL OP	133
CLINDACIN KIT ETZ 1%	85	CLOZAPINE TAB 100/ODT.....	47	CYCLOPENTOL SOL 1% OP	133
CLINDACIN-P PAD 1%.....	85	CLOZAPINE TAB 150/ODT.....	47	CYCLOPHOSPH CAP 25MG	39
CLINDAMY/BEN GEL 1.2-5%	85	CLOZAPINE TAB 200MG	48	CYCLOPHOSPH CAP 50MG	39
CLINDAMYCIN CAP 75MG	21	CLOZAPINE TAB 200/ODT	48	CYCLOPHOSPH TAB 25MG.....	39
CLINDAMYCIN CAP 150MG.....	20	CODEINE SULF TAB 15MG	10	CYCLOPHOSPH TAB 50MG	39
CLINDAMYCIN CAP 300MG	21	CODEINE SULF TAB 30MG.....	10	CYCLOSERINE CAP 250MG	38
CLINDAMYCIN CRE 2% VAG	21	CODEINE SULF TAB 60MG.....	10	CYCLOSPORINE CAP 25MG.....	122
CLINDAMYCIN GEL 1%.....	85	COLCHICINE TAB 0.6MG.....	36	CYCLOSPORINE CAP 25MG MOD	122
CLINDAMYCIN GEL 1%.....	85	COLESEVELAM PAK 3.75GM	68	CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD	122
CLINDAMYCIN LOT 1%.....	85	COLESEVELAM TAB 625MG	68	CYCLOSPORINE CAP 100MG	121
CLINDAMYCIN LOT 10MG/ML.....	85	COLESTIPOL GRA 5GM	68	CYCLOSPORINE CAP 100MG MD.....	121
CLINDAMYCIN MIS 1%	85	COLESTIPOL GRA 5GM	68	CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP	133
CLINDAMYCIN SOL 1%.....	85	COLESTIPOL TAB 1GM	68	CYCLOSPORINE SOL MODIFIED	122
CLINDAMYCIN SOL 75MG/5ML.....	21	COMETRIQ KIT 60MG	39	CYPROHEPTAD SYP 2MG/5ML	139
CLOBAZAM SUS 2.5MG/ML	24	COMETRIQ KIT 100MG.....	39	CYPROHEPTAD TAB 4MG	139
CLOBAZAM TAB 10MG.....	24	COMETRIQ KIT 140MG.....	39	CYRED EQ TAB	104
CLOBAZAM TAB 20MG	24	COMFORT TOUC MIS 31GX4MM	128	CYRED TAB	104
CLOBETASOL CRE 0.05%.....	98	COMFORT TOUC MIS 32GX8MM	128	CYSTAGON CAP 50MG	96
CLOBETASOL E CRE 0.05%.....	98	COMFORT TOUC MIS 33GX1/4"	128	CYSTAGON CAP 150MG.....	96
CLOBETASOL GEL 0.05%.....	99	COMFORT TOUC MIS 33GX3/16.....	128	CYSTARAN SOL 0.44%.....	133
CLOBETASOL OIN 0.05%.....	99	COMFORT TOUC MIS 33GX5/32.....	128	DABIGATRAN CAP 75MG.....	62
CLOBETASOL SOL 0.05%.....	99	COMIRNATY INJ 2024-25.....	121	DABIGATRAN CAP 110MG.....	62
CLOCORTOLONE CRE 0.1%	99	COMPLETENATE CHW	87	DABIGATRAN CAP 150MG.....	62
CLOMIPRAMINE CAP 25MG	29	COMPLETE NAT PAK DHA.....	87	DALFAMPRIDIN TAB 10MG ER	82
CLOMIPRAMINE CAP 50MG	29	CO-NATAL FA TAB 29-1MG	87	DANAZOL CAP 50MG	104
CLOMIPRAMINE CAP 75MG	29	CONDOMS MIS	128	DANAZOL CAP 100MG	104
CLONAZEPAM TAB 0.5MG.....	54	CONSTULOSE SOL 10GM/15.....	92	DANAZOL CAP 200MG	104
CLONAZEPAM TAB 1MG.....	54	CONTOUR LOW LIQ CONTROL.....	56	DANTROLENE CAP 25MG.....	144
CLONAZEPAM TAB 2MG.....	54	CONTOUR NORM LIQ CONTROL.....	56	DANTROLENE CAP 50MG.....	144

DANTROLENE CAP 100MG	144	DESOXIMETAS GEL 0.05%	99	DICYCLOMINE SOL 10MG/5ML	92
DAPSONE TAB 25MG	38	DESOXIMETAS OIN 0.05%	99	DICYCLOMINE TAB 20MG	92
DAPSONE TAB 100MG	38	DESOXIMETAS OIN 0.25%	99	DIFLORASONE CRE 0.05%	99
DAPTACEL INJ	122	DESOXIMETASO SPR 0.25%	99	DIFLUNISAL TAB 500MG	11
DARIFENACIN TAB 75MG ER	97	DESVENLAFAX TAB 25MG ER	30	DIFLUPREDNAT EMU 0.05%	133
DARIFENACIN TAB 15MG ER	97	DESVENLAFAX TAB 50MG ER	30	DIGOXIN SOL 50MCG/ML	68
DARUNAVIR TAB 600MG	51	DESVENLAFAX TAB 100MG ER	30	DIGOXIN TAB 0.25MG	68
DARUNAVIR TAB 800MG	51	DEXAMETHASON CON 1MG/ML	99	DIGOXIN TAB 0.125MG	68
DASATINIB TAB 20MG	39	DEXAMETHASON ELX 0.5/5ML	99	DIGOXIN TAB 0.0625MG	68
DASATINIB TAB 50MG	39	DEXAMETHASON SOL 0.5/5ML	99	DIHYDROERGOT INJ 1MG/ML	36
DASATINIB TAB 70MG	39	DEXAMETHASON TAB 0.5MG	99	DILANTIN CAP 30MG	24
DASATINIB TAB 80MG	39	DEXAMETHASON TAB 0.75MG	99	DILTIAZEM CAP 60MG ER	69
DASATINIB TAB 100MG	39	DEXAMETHASON TAB 1.5MG	99	DILTIAZEM CAP 90MG ER	69
DASATINIB TAB 140MG	39	DEXAMETHASON TAB 1MG	99	DILTIAZEM CAP 120MG ER	68
DASETTA TAB 1/35	104	DEXAMETHASON TAB 2MG	99	DILTIAZEM CAP 120MG ER	68
DASETTA TAB 7/7/7	104	DEXAMETHASON TAB 4MG	99	DILTIAZEM CAP 120MG ER	68
DAYBUE SOL 200MG/ML	82	DEXAMETHASON TAB 6MG	99	DILTIAZEM CAP 120MG ER	68
DAYSEE TAB	104	DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP	133	DILTIAZEM CAP 180MG/24	68
DEBLITANE TAB 0.35MG	104	DEXCOM G6 MIS RECEIVER	128	DILTIAZEM CAP 180MG ER	68
DEFERASIROX GRA 90MG	87	DEXCOM G6 MIS SENSOR	128	DILTIAZEM CAP 180MG ER	68
DEFERASIROX GRA 180MG	87	DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	128	DILTIAZEM CAP 240MG/24	68
DEFERASIROX GRA 360MG	87	DEXCOM G7 MIS RECEIVER	129	DILTIAZEM CAP 240MG ER	68
DEFERASIROX TAB 90MG	88	DEXCOM G7 MIS SENSOR	129	DILTIAZEM CAP 240MG ER	68
DEFERASIROX TAB 125MG	87	DEXMETHYLPH TAB 2.5MG	82	DILTIAZEM CAP 300MG ER	68
DEFERASIROX TAB 180MG	87	DEXMETHYLPH TAB 5MG	82	DILTIAZEM CAP 300MG ER	68
DEFERASIROX TAB 250MG	88	DEXMETHYLPH TAB 10MG	82	DILTIAZEM CAP 360MG CD	69
DEFERASIROX TAB 360MG	88	DEXTROAMPHET SOL 5MG/5ML	82	DILTIAZEM CAP 360MG ER	69
DEFERASIROX TAB 500MG	88	DEXTROAMPHET TAB 5MG	82	DILTIAZEM CAP 360MG ER	69
DELYLA TAB 0.1-0.02	104	DEXTROAMPHET TAB 10MG	82	DILTIAZEM CAP 420MG/24	69
DEMECLOCYCL TAB 150MG	21	DIASCREEN MIS 1G	129	DILTIAZEM ER TAB 180MG	69
DEMECLOCYCL TAB 300MG	21	DIASTIX TES STRIPS	129	DILTIAZEM ER TAB 240MG	69
DENG VAXIA SUS	122	DIAZEPAM CON 5MG/ML	55	DILTIAZEM ER TAB 300MG	69
DEPO-SQ PROV INJ 104	104	DIAZEPAM CON 25MG/5ML	54	DILTIAZEM ER TAB 360MG	69
DESCOVY TAB 200/25MG	51	DIAZEPAM GEL 2.5MG	24	DILTIAZEM ER TAB 420MG	69
DESIPRAMINE TAB 10MG	29	DIAZEPAM GEL 10MG	24	DILTIAZEM TAB 30MG	69
DESIPRAMINE TAB 25MG	29	DIAZEPAM GEL 20MG	24	DILTIAZEM TAB 60MG	69
DESIPRAMINE TAB 50MG	30	DIAZEPAM SOL 5MG/5ML	55	DILTIAZEM TAB 90MG	69
DESIPRAMINE TAB 75MG	30	DIAZEPAM TAB 2MG	55	DILTIAZEM TAB 120MG	69
DESIPRAMINE TAB 100MG	29	DIAZEPAM TAB 5MG	55	DILTIAZEM TAB 120MG ER	69
DESIPRAMINE TAB 150MG	29	DIAZEPAM TAB 10MG	55	DILTIAZEM TAB 240MG ER	69
DESORATADIN TAB 5MG	139	DIAZOXIDE SUS 50MG/ML	57	DILTIAZEM TAB 300MG ER	69
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML	102	DICLOFENAC GEL 1%	11	DILTIAZEM TAB 360MG ER	69
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML	102	DICLOFENAC GEL 3%	39	DILT-XR CAP 120MG	68
DESMOPRESSIN INJ 40/10ML	102	DICLOFENAC SOL 0.1% OP	133	DILT-XR CAP 180MG	68
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	102	DICLOFENAC TAB 25MG DR	11	DILT-XR CAP 240MG	68
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	102	DICLOFENAC TAB 50MG DR	11	DIMETHYL FUM CAP 120MG DR	82
DESMOPRESSIN TAB 0.1MG	102	DICLOFENAC TAB 75MG DR	11	DIMETHYL FUM CAP 240MG DR	82
DESMOPRESSIN TAB 0.2MG	102	DICLOFENAC TAB 100MG ER	11	DIMETHYL FUM CAP STARTER	82
DESO/ETHINYL TAB ESTRADIO	104	DICLOFEN POT TAB 50MG	11	DIPENTUM CAP 250MG	127
DESONIDE CRE 0.05%	99	DICLO/MISOPR TAB 50-0.2MG	10	DIPHEN/ATROP LIQ 2.5/5	92
DESONIDE LOT 0.05%	99	DICLO/MISOPR TAB 75-0.2MG	11	DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG	92
DESONIDE OIN 0.05%	99	DICLOXACILL CAP 250MG	21	DIPHENHYDRAM ELX 12.5/5ML	139
DESOXIMETAS CRE 0.05%	99	DICLOXACILL CAP 500MG	21	DIPYRIDAMOLE TAB 25MG	62
DESOXIMETAS CRE 0.25%	99	DICYCLOMINE CAP 10MG	92	DIPYRIDAMOLE TAB 50MG	62

DIPYRIDAMOLE TAB 75MG	62	DOXYCYC MONO TAB 75MG	21	ELIQUIS TAB 5MG	62
DISOPYRAMIDE CAP 100MG	69	DOXYCYC MONO TAB 100MG	21	ELIXOPHYLLIN ELX 80/15ML	139
DISOPYRAMIDE CAP 150MG	69	DOXYCYC MONO TAB 150MG	21	ELLA TAB 30MG	105
DISULFIRAM TAB 250MG	17	DRONABINOL CAP 2.5MG	33	ELMIRON CAP 100MG	97
DISULFIRAM TAB 500MG	17	DRONABINOL CAP 5MG	33	ELURYNG MIS	105
DIURIL SUS 250/5ML	69	DRONABINOL CAP 10MG	33	EMCYT CAP 140MG	39
DIVALPROEX CAP 125MG DR	24	DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO	105	EMGALITY INJ 100MG/ML	36
DIVALPROEX TAB 125MG DR	24	DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO	105	EMGALITY INJ 120MG/ML	36
DIVALPROEX TAB 250MG DR	24	DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG	105	EMGALITY INJ 120MG/ML	36
DIVALPROEX TAB 250MG ER	25	DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG	105	EMSAM DIS 6MG/24HR	30
DIVALPROEX TAB 500MG DR	25	DROXIA CAP 200MG	39	EMSAM DIS 9MG/24HR	30
DIVALPROEX TAB 500MG ER	25	DROXIA CAP 300MG	39	EMSAM DIS 12MG/24H	30
DODEX INJ	88	DROXIA CAP 400MG	39	EMTRICITABIN CAP 200MG	51
DOFETILIDE CAP 125MCG	69	DUAVEE TAB 0.45-20	105	EMTR/TEN DF TAB 100-150	51
DOFETILIDE CAP 250MCG	69	DULOXETINE CAP 20MG	82	EMTR/TEN DF TAB 133-200	51
DOFETILIDE CAP 500MCG	69	DULOXETINE CAP 30MG	82	EMTR/TEN DF TAB 167-250	51
DOLISHALE TAB 90-20MCG	105	DULOXETINE CAP 60MG	82	EMTR/TENOFOV TAB 200-300	51
DONEPEZIL TAB 5MG	28	DUOBRII LOT	85	EMZAHH TAB 0.35MG	105
DONEPEZIL TAB 5MG ODT	28	DUOPA SUS 4.63-20	46	ENALAPR/HCTZ TAB 5-12.5MG	69
DONEPEZIL TAB 10MG	27	DUPIXENT INJ 100/0.67	85	ENALAPR/HCTZ TAB 10-25MG	69
DONEPEZIL TAB 10MG ODT	28	DUPIXENT INJ 200/1.14	85	ENALAPRIL TAB 2.5MG	69
DONEPEZIL TAB ODT 5MG	28	DUPIXENT INJ 200MG	85	ENALAPRIL TAB 5MG	69
DONEPEZIL TAB ODT 10MG	28	DUPIXENT INJ 300/2ML	85	ENALAPRIL TAB 10MG	69
DORZOLAMIDE SOL 2% OP	134	DUPIXENT INJ 300/2ML	86	ENALAPRIL TAB 20MG	69
DORZOL/TIMOL SOL 2%-0.5%	133	DUREX MIS REALFEEL	129	ENCARE SUP 100MG	97
DORZOL/TIMOL SOL 2-0.5%OP	133	DUREX MIS TROPICAL	129	ENDOCET TAB 2.5-325	11
DOTTI DIS 0.1MG	105	DUTASTERIDE CAP 0.5MG	97	ENDOCET TAB 5-325MG	11
DOTTI DIS 0.05MG	105	DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4	97	ENDOCET TAB 75-325	11
DOTTI DIS 0.025MG	105	EASY COMFORT MIS 29GX4MM	129	ENDOCET TAB 10-325MG	11
DOTTI DIS 0.075MG	105	EASY TOUCH MIS 30G	129	ENERGIX-B INJ 10/0.5ML	122
DOTTI DIS 0.0375MG	105	EC-NAPROXEN TAB 375MG	11	ENERGIX-B INJ 20MCG/ML	122
DOVATO TAB 50-300MG	51	EC-NAPROXEN TAB 500MG	11	ENERGIX-B INJ 20MCG/ML	122
DOXAZOSIN TAB 1MG	69	ECONAZOLE CRE 1%	34	ENILLORING MIS	105
DOXAZOSIN TAB 2MG	69	ECONTRA EZ TAB 1.5MG	105	ENOXAPARIN INJ 30/0.3ML	63
DOXAZOSIN TAB 4MG	69	ECONTRA OS TAB 1.5MG	105	ENOXAPARIN INJ 40/0.4ML	63
DOXAZOSIN TAB 8MG	69	EDURANT TAB 25MG	51	ENOXAPARIN INJ 60/0.6ML	63
DOXEPIN HCL CAP 10MG	30	EFAVIR/EMTRI TAB TENOFOVI	51	ENOXAPARIN INJ 80/0.8ML	63
DOXEPIN HCL CAP 25MG	30	EFAVIRENZ CAP 50MG	51	ENOXAPARIN INJ 80MG/0.8	63
DOXEPIN HCL CAP 50MG	30	EFAVIRENZ CAP 200MG	51	ENOXAPARIN INJ 100MG/ML	62
DOXEPIN HCL CAP 75MG	30	EFAVIRENZ TAB 600MG	51	ENOXAPARIN INJ 120/0.8	63
DOXEPIN HCL CAP 100MG	30	EFAVIR/LAMIV TAB TENOFOVI	51	ENOXAPARIN INJ 150MG/ML	63
DOXEPIN HCL CAP 150MG	30	EFAVIR/LAMIV TAB TENOFOVI	51	ENOXAPARIN INJ 300/3ML	63
DOXEPIN HCL CON 10MG/ML	30	EFFER-K TAB 10MEQ	88	ENPRESSE-28 TAB	105
DOXEPIN HCL CRE 5%	85	EFFER-K TAB 20MEQ	88	ENSKYCE TAB	105
DOXEPIN TAB 3MG	145	EFFER-K TAB 25MEQ EF	88	ENTACAPONE TAB 200MG	46
DOXEPIN TAB 6MG	145	ELETRIPTAN TAB 20MG	36	ENTECAVIR TAB 0.5MG	51
DOXYCYCL HYC CAP 50MG	21	ELETRIPTAN TAB 40MG	36	ENTECAVIR TAB 1MG	51
DOXYCYCL HYC CAP 100MG	21	ELIGARD INJ 75MG	119	ENTRESTO CAP 6-6MG	70
DOXYCYCL HYC TAB 20MG	21	ELIGARD INJ 22.5MG	119	ENTRESTO CAP 15-16MG	69
DOXYCYCL HYC TAB 100MG	21	ELIGARD INJ 30MG	119	ENULOSE SOL 10GM/15	92
DOXYCYCLINE SUS 25MG/5ML	21	ELIGARD INJ 45MG	119	EPIDIOLEX SOL 100MG/ML	25
DOXYCYC MONO CAP 50MG	21	ELINEST TAB	105	EPINASTINE DRO 0.05%	134
DOXYCYC MONO CAP 100MG	21	ELIQUIS ST P TAB 5MG	62	EPINEPHRINE INJ 0.3MG	139
DOXYCYC MONO TAB 50MG	21	ELIQUIS TAB 2.5MG	62	EPINEPHRINE INJ 0.15MG	139

EPINEPHRINE INJ 0.15MG	139	ESTRADIOL TAB 2MG.....	106	EZETIM/SIMVA TAB 10-80MG	70
EPITOL TAB 200MG	25	ESTRADIOL TAB 10MCG.....	106	FA-8 CAP 800MCG	88
EPLERENONE TAB 25MG.....	70	ESTRAD VAL INJ 10MG/ML	105	FALMINA TAB	106
EPLERENONE TAB 50MG	70	ESTRAD VAL INJ 20MG/ML	106	FAMCICLOVIR TAB 125MG.....	51
ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL	129	ESTRAD VAL INJ 40MG/ML	106	FAMCICLOVIR TAB 250MG.....	51
ERGOMAR SUB 2MG.....	36	ESTRA/NORETH TAB 0.5-0.1	105	FAMCICLOVIR TAB 500MG	51
ERGOT/CAFFEN TAB 1-100MG.....	36	ESTRA/NORETH TAB 1-0.5MG	105	FAMOTIDINE SUS 40MG/5ML.....	92
ERLEADA TAB 60MG.....	39	ESTRING MIS 2MG.....	106	FAMOTIDINE TAB 20MG	92
ERLEADA TAB 240MG	39	ESTRING MIS 7.5/24HR.....	106	FAMOTIDINE TAB 40MG	92
ERLOTINIB TAB 25MG.....	39	ESZOPICLONE TAB 1MG	145	FARXIGA TAB 5MG	57
ERLOTINIB TAB 100MG	39	ESZOPICLONE TAB 2MG	145	FARXIGA TAB 10MG.....	57
ERLOTINIB TAB 150MG.....	39	ESZOPICLONE TAB 3MG	145	FAYOSIM TAB.....	106
ERRIN TAB 0.35MG	105	ETHACRYNIC TAB ACD 25MG.....	70	FC2 FEMALE MIS CONDOM	129
ERY/BENZOYL GEL 3-5%	86	ETHAMBUTOL TAB 100MG.....	38	FEBUXOSTAT TAB 40MG	36
ERY PAD 2%.....	86	ETHAMBUTOL TAB 400MG	38	FEBUXOSTAT TAB 80MG	36
ERYTHROCIN TAB 250MG.....	21	ETHOSUXIMIDE CAP 250MG	25	FEIRZA TAB 1.5/30	106
ERYTHROM ETH SUS 200/5ML	21	ETHOSUXIMIDE SOL 250/5ML	25	FEIRZA TAB 1/20.....	106
ERYTHROM ETH SUS 400/5ML	21	ETHY ALCOHOL SOL 70% RUB.....	129	FELBAMATE SUS 600/5ML.....	25
ERYTHROM ETH TAB 400MG	21	ETHY ETH EST TAB 1-35	106	FELBAMATE TAB 400MG.....	25
ERYTHROMYCIN CAP 250MG DR.....	21	ETHYNODIOL TAB 1-50	106	FELBAMATE TAB 600MG.....	25
ERYTHROMYCIN GEL 2%.....	86	ETODOLAC CAP 200MG	11	FELODIPINE TAB 2.5MG ER	70
ERYTHROMYCIN OIN 5MG/GM.....	134	ETODOLAC CAP 300MG	11	FELODIPINE TAB 5MG ER.....	70
ERYTHROMYCIN SOL 2%.....	86	ETODOLAC ER TAB 400MG.....	11	FELODIPINE TAB 10MG ER.....	70
ERYTHROMYCIN TAB 250MG	21	ETODOLAC ER TAB 500MG.....	11	FEMCAP MIS 22MM.....	129
ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS.....	22	ETODOLAC ER TAB 600MG.....	11	FEMCAP MIS 26MM	129
ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC	22	ETODOLAC TAB 400MG	11	FEMCAP MIS 30MM	129
ERYTHROMYCIN TAB 333MG EC	22	ETODOLAC TAB 500MG.....	11	FEMLYV TAB 1/0.02MG	107
ERYTHROMYCIN TAB 500MG.....	22	ETONOGESTREL MIS ETHY EST	106	FENOFIBRATE CAP 67MG.....	70
ERYTHROMYCIN TAB 500MG BS	22	ETOPOSIDE CAP 50MG	39	FENOFIBRATE CAP 134MG.....	70
ERYTHROMYCIN TAB 500MG EC.....	22	ETRAVIRINE TAB 100MG	51	FENOFIBRATE CAP 200MG	70
ESCITALOPRAM SOL 5MG/5ML	30	ETRAVIRINE TAB 200MG	51	FENOFIBRATE TAB 48MG.....	70
ESCITALOPRAM TAB 5MG	30	EUTHYROX TAB 25MCG	115	FENOFIBRATE TAB 54MG.....	70
ESCITALOPRAM TAB 10MG	30	EUTHYROX TAB 50MCG	115	FENOFIBRATE TAB 145MG.....	70
ESCITALOPRAM TAB 20MG	30	EUTHYROX TAB 75MCG	115	FENOFIBRATE TAB 160MG.....	70
ESKATA SOL 40%.....	86	EUTHYROX TAB 88MCG	115	FENOPROFEN TAB 600MG	11
ESOMEPRA MAG CAP 20MG DR	92	EUTHYROX TAB 100MCG.....	115	FENTANYL DIS 12MCG/HR.....	11
ESOMEPRA MAG CAP 40MG DR.....	92	EUTHYROX TAB 112MCG	115	FENTANYL DIS 25MCG/HR	11
ESTARYLLA TAB 0.25-35.....	105	EUTHYROX TAB 125MCG	115	FENTANYL DIS 50MCG/HR	11
ESTAZOLAM TAB 1MG	55	EUTHYROX TAB 137MCG	115	FENTANYL DIS 75MCG/HR	11
ESTAZOLAM TAB 2MG	55	EUTHYROX TAB 150MCG.....	115	FENTANYL DIS 100MCG/H.....	11
ESTRADIOL CRE 0.01%	106	EUTHYROX TAB 175MCG	115	FENTANYL OT LOZ 200MCG.....	12
ESTRADIOL DIS 0.1MG	106	EUTHYROX TAB 200MCG	115	FENTANYL OT LOZ 400MCG.....	12
ESTRADIOL DIS 0.1MG	106	EVEROLIMUS TAB 2.5MG.....	39	FENTANYL OT LOZ 600MCG.....	12
ESTRADIOL DIS 0.05MG	106	EVEROLIMUS TAB 5MG	39	FENTANYL OT LOZ 800MCG.....	12
ESTRADIOL DIS 0.05MG	106	EVEROLIMUS TAB 7.5MG.....	39	FENTANYL OT LOZ 1200MCG.....	11
ESTRADIOL DIS 0.06MG	106	EVEROLIMUS TAB 10MG	39	FENTANYL OT LOZ 1600MCG.....	12
ESTRADIOL DIS 0.025MG	106	EVOTAZ TAB 300-150.....	51	FERRIC CITRA TAB 210MG	88
ESTRADIOL DIS 0.025MG	106	EXELDERM CRE 1%	34	FESOTERODINE TAB 4MG ER.....	97
ESTRADIOL DIS 0.075MG	106	EXELDERM SOL 1%	34	FESOTERODINE TAB 8MG ER.....	97
ESTRADIOL DIS 0.075MG	106	EXEMESTANE TAB 25MG	40	FINASTERIDE TAB 5MG	97
ESTRADIOL DIS 0.0375MG.....	106	EZETIMIBE TAB 10MG	70	FINGOLIMOD CAP 0.5MG	82
ESTRADIOL DIS 0.0375MG.....	106	EZETIM/SIMVA TAB 10-10MG.....	70	FINZALA CHW FE 1/20	107
ESTRADIOL DIS 0.0375MG.....	106	EZETIM/SIMVA TAB 10-20MG.....	70	FLAC OIL 0.01%.....	136
ESTRADIOL TAB 0.5MG.....	106	EZETIM/SIMVA TAB 10-40MG	70	FLAVOXATE TAB 100MG.....	97
ESTRADIOL TAB 1MG	106				

FLECAINIDE TAB 50MG.....	70	FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML.....	48	FREESTY LIBR MIS 2 READER.....	129
FLECAINIDE TAB 100MG.....	70	FLUPHENAZINE TAB 1MG.....	48	FREESTY LIBR MIS 3 READER.....	129
FLECAINIDE TAB 150MG.....	70	FLUPHENAZINE TAB 2.5MG.....	48	FREESTY LIBR MIS READER.....	129
FLEXICHAMBER MIS MASK SM.....	129	FLUPHENAZINE TAB 5MG.....	48	FROVATRIPTAN TAB 2.5MG.....	36
FLUAD INJ 2024-25.....	122	FLUPHENAZINE TAB 10MG.....	48	FUROSEMIDE SOL 10MG/ML.....	71
FLUARIX INJ 2024-25.....	122	FLURANDRENOL LOT 0.05%.....	100	FUROSEMIDE SOL 40MG/5ML.....	71
FLUBLOK INJ 2024-25.....	122	FLURAZEPAM CAP 15MG.....	145	FUROSEMIDE TAB 20MG.....	71
FLUCELVAX INJ 2024-25.....	122	FLURAZEPAM CAP 30MG.....	145	FUROSEMIDE TAB 40MG.....	71
FLUCELVAX INJ 2024-25.....	122	FLURBIPROFEN SOL 0.03% OP.....	134	FUROSEMIDE TAB 80MG.....	71
FLUCONAZOLE SUS 10MG/ML.....	34	FLURBIPROFEN TAB 100MG.....	12	FUZEON INJ 90MG.....	52
FLUCONAZOLE SUS 40MG/ML.....	34	FLUTICASONE CRE 0.05%.....	100	FYAVOLV TAB 0.5-2.5.....	107
FLUCONAZOLE TAB 50MG.....	34	FLUTICASONE OIN 0.005%.....	100	FYAVOLV TAB 1-5.....	107
FLUCONAZOLE TAB 100MG.....	34	FLUTICASONE SPR 50MCG.....	139	FYCOMPA SUS 0.5MG/ML.....	25
FLUCONAZOLE TAB 150MG.....	34	FLUTIC/SALME AER 100/50.....	139	GABAPENTIN CAP 100MG.....	25
FLUCONAZOLE TAB 200MG.....	34	FLUTIC/SALME AER 250/50.....	139	GABAPENTIN CAP 300MG.....	25
FLUCYTOSINE CAP 250MG.....	34	FLUTIC/SALME AER 500/50.....	139	GABAPENTIN CAP 400MG.....	25
FLUCYTOSINE CAP 500MG.....	34	FLUTIC/SALME INH 55/14.....	139	GABAPENTIN SOL 250/5ML.....	25
FLUDROCORT TAB 0.1MG.....	99	FLUTIC/SALME INH 113/14.....	139	GABAPENTIN TAB 600MG.....	25
FLULAVAL INJ 2024-25.....	122	FLUTIC/SALME INH 232/14.....	139	GABAPENTIN TAB 800MG.....	25
FLUMIST NASA LIQ 2024-25.....	122	FLUVASTATIN CAP 20MG.....	70	GALANTAMINE CAP 8MG ER.....	28
FLUNISOLIDE SPR 0.025%.....	139	FLUVASTATIN CAP 40MG.....	71	GALANTAMINE CAP 16MG ER.....	28
FLUOCIN ACET CRE 0.01%.....	99	FLUVOXAMINE CAP 100MG ER.....	30	GALANTAMINE CAP 24MG ER.....	28
FLUOCIN ACET CRE 0.025%.....	99	FLUVOXAMINE CAP 150MG ER.....	30	GALANTAMINE SOL 4MG/ML.....	28
FLUOCIN ACET OIL 0.01%.....	99	FLUVOXAMINE TAB 25MG.....	30	GALANTAMINE TAB 4MG.....	28
FLUOCIN ACET OIL 0.01%.....	136	FLUVOXAMINE TAB 50MG.....	30	GALANTAMINE TAB 8MG.....	28
FLUOCIN ACET OIL 0.01%BDY.....	100	FLUVOXAMINE TAB 100MG.....	30	GALANTAMINE TAB 12MG.....	28
FLUOCIN ACET OIL 0.01% SC.....	99	FLUZONE HD INJ 2024-25.....	122	GALLIFREY TAB 5MG.....	107
FLUOCIN ACET OIL BODY.....	100	FLUZONE INJ 2024-25.....	122	GALZIN CAP 25MG.....	88
FLUOCIN ACET OIL EAR0.01%.....	136	FLUZONE INJ 2024-25.....	122	GALZIN CAP 50MG.....	88
FLUOCIN ACET OIL SCALP.....	100	FOLIC ACID TAB 1MG.....	88	GARDASIL 9 INJ.....	122
FLUOCIN ACET OIN 0.025%.....	100	FOLIC ACID TAB 400MCG.....	88	GARDASIL 9 INJ.....	122
FLUOCIN ACET SOL 0.01%.....	100	FOLIC ACID TAB 800MCG.....	88	GATIFLOXACIN SOL 0.5%.....	134
FLUOCINONIDE CRE 0.05%.....	100	FOLIC ACID TAB 1000MCG.....	88	GAUZE PAD 2"X2".....	129
FLUOCINONIDE CRE E 0.05%.....	100	FOLIVANE-OB CAP.....	88	GAVILAX POW.....	92
FLUOCINONIDE GEL 0.05%.....	100	FONDAPARINUX INJ 2.5/0.5.....	63	GAVILYTE-C SOL.....	93
FLUOCINONIDE OIN 0.05%.....	100	FONDAPARINUX INJ 5/0.4ML.....	63	GAVILYTE-G SOL.....	93
FLUOCINONIDE SOL 0.05%.....	100	FONDAPARINUX INJ 7.5/0.6.....	63	GEFITINIB TAB 250MG.....	40
FLUORIDE CHW 0.5MG F.....	88	FONDAPARINUX INJ 10/0.8ML.....	63	GEMFIBROZIL TAB 600MG.....	71
FLUORIDE CHW 0.25MG F.....	88	FORMOTEROL NEB 20/2ML.....	139	GEMMILY CAP 1/20.....	107
FLUORIDE CHW 1MG F.....	88	FOSAMPRENAVI TAB 700MG.....	52	GENERLAC SOL 10/15ML.....	93
FLUORITAB DRO 0.125MG.....	88	FOSFOMYCIN POW 3GM.....	22	GENERLAC SOL 10GM/15.....	93
FLUOROMETHOL SUS 0.1% OP.....	134	FOSINOP/HCTZ TAB 10/12.5.....	71	GENGRAF CAP 25MG.....	122
FLUOROURACIL CRE 0.5%.....	40	FOSINOP/HCTZ TAB 20/12.5.....	71	GENGRAF CAP 100MG.....	122
FLUOROURACIL CRE 5%.....	40	FOSINOPRIL TAB 10MG.....	71	GENGRAF SOL 100MG/ML.....	122
FLUOROURACIL SOL 2%.....	40	FOSINOPRIL TAB 20MG.....	71	GENTAMICIN CRE 0.1%.....	22
FLUOROURACIL SOL 5%.....	40	FOSINOPRIL TAB 40MG.....	71	GENTAMICIN OIN 0.1%.....	22
FLUOXETINE CAP 10MG.....	30	FOSRENOL POW 750MG.....	88	GENTAMICIN SOL 0.3% OP.....	134
FLUOXETINE CAP 20MG.....	30	FOSRENOL POW 1000MG.....	88	GENTLELAX POW.....	93
FLUOXETINE CAP 40MG.....	30	FREE LIBRE2 KIT PLUS/SEN.....	129	GENVOYA TAB.....	52
FLUOXETINE CAP 90MG DR.....	30	FREE LIBRE3 KIT PLUS/SEN.....	129	GG/CODEINE SOL 100-10/5.....	139
FLUOXETINE SOL 20MG/5ML.....	30	FREESTYLE MIS READER.....	129	GILOTTRIF TAB 20MG.....	40
FLUOXETINE TAB 10MG.....	30	FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR.....	129	GILOTTRIF TAB 30MG.....	40
FLUOXETINE TAB 20MG.....	30	FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR.....	129	GILOTTRIF TAB 40MG.....	40
FLUPHENAZINE CON 5MG/ML.....	48	FREESTY LIBR KIT SENSOR.....	129	GILTUSS TAB 10-388MG.....	139

GLATIRAMER INJ 20MG/ML.....	82	GVOKE HYPO 2 INJ 0.5/1ML.....	58	HUMALOG KWIK INJ 100/ML.....	58
GLATIRAMER INJ 40MG/ML.....	82	GVOKE HYPO 2 INJ 1MG/.2ML.....	58	HUMALOG KWIK INJ 200/ML.....	58
GLATOPA INJ 20MG/ML.....	82	GVOKE KIT SOL 1MG/0.2M.....	58	HUMALOG MIX INJ 50/50.....	58
GLATOPA INJ 40MG/ML.....	82	GVOKE PFS INJ.....	58	HUMALOG MIX INJ 50/50KWP.....	58
GLEOSTINE CAP 10MG.....	40	GVOKE PFS INJ.....	58	HUMALOG MIX INJ 75/25KWP.....	58
GLEOSTINE CAP 40MG.....	40	GYNAZOLE-1 CRE 2%.....	35	HUMALOG MIX SUS 75/25.....	58
GLEOSTINE CAP 100MG.....	40	GYNOL II GEL 3%.....	97	HUMATIN CAP 250MG.....	22
GLIMEPIRIDE TAB 1MG.....	57	HADLIMA INJ 40/0.4ML.....	123	HUMULIN INJ 70/30.....	58
GLIMEPIRIDE TAB 2MG.....	57	HADLIMA INJ 40/0.8ML.....	123	HUMULIN INJ 70/30KWP.....	58
GLIMEPIRIDE TAB 4MG.....	57	HADLIMA PUSH INJ 40/0.4ML.....	123	HUMULIN N INJ U-100.....	58
GLIPIZIDE ER TAB 2.5MG.....	57	HADLIMA PUSH INJ 40/0.8ML.....	123	HUMULIN N INJ U-100KWP.....	58
GLIPIZIDE ER TAB 5MG.....	57	HAEGARDA INJ 2000UNIT.....	123	HUMULIN R INJ U-100.....	58
GLIPIZIDE ER TAB 10MG.....	57	HAEGARDA INJ 3000UNIT.....	123	HUMULIN R INJ U-500.....	58
GLIPIZIDE TAB 2.5MG.....	57	HAILEY 24 TAB FE.....	107	HUMULIN R INJ U-500.....	58
GLIPIZIDE TAB 5MG.....	57	HAILEY FE TAB 1.5/30.....	107	HYCANTIN CAP 0.25MG.....	40
GLIPIZIDE TAB 10MG.....	57	HAILEY FE TAB 1/20.....	107	HYCANTIN CAP 1MG.....	40
GLIP/METFORM TAB 2.5-250.....	57	HAILEY TAB 1.5/30.....	107	HYD POL/CPM SUS 10-8/5ML.....	139
GLIP/METFORM TAB 2.5-250M.....	57	HALOBETASOL CRE 0.05%.....	100	HYDRALAZINE TAB 10MG.....	71
GLIP/METFORM TAB 2.5-500.....	57	HALOBETASOL OIN 0.05%.....	100	HYDRALAZINE TAB 25MG.....	71
GLIP/METFORM TAB 2.5-500M.....	57	HALOETTE MIS.....	107	HYDRALAZINE TAB 50MG.....	71
GLIP/METFORM TAB 5-500MG.....	57	HALOPERIDOL CON 2MG/ML.....	48	HYDRALAZINE TAB 100MG.....	71
GLUCAGON EMR SOL 1MG.....	57	HALOPERIDOL TAB 0.5MG.....	48	HYDRO/ACETA SOL 10-325MG.....	12
GLUCAGON KIT 1MG.....	57	HALOPERIDOL TAB 1MG.....	48	HYDROCHLOROT CAP 12.5MG.....	71
GLUCOSE BITS CHW 1GM.....	129	HALOPERIDOL TAB 2MG.....	48	HYDROCHLOROT TAB 12.5MG.....	71
GLUCOSE GEL 15GM/33G.....	129	HALOPERIDOL TAB 5MG.....	48	HYDROCHLOROT TAB 25MG.....	71
GLUCOSE GEL 40%.....	129	HALOPERIDOL TAB 10MG.....	48	HYDROCHLOROT TAB 50MG.....	71
GLYB/METFORM TAB 1.25-250.....	57	HALOPERIDOL TAB 20MG.....	48	HYDROC/HOMAT TAB 5-1.5MG.....	140
GLYB/METFORM TAB 2.5-500.....	57	HAVRIX INJ 720UNIT.....	123	HYDROCO/APAP SOL 7.5-325.....	12
GLYB/METFORM TAB 5-500MG.....	57	HAVRIX INJ 1440UNIT.....	123	HYDROCO/APAP TAB 2.5-325.....	12
GLYBURIDE TAB 1.25MG.....	58	HC/ACET ACID SOL 1-2%OTIC.....	136	HYDROCO/APAP TAB 5-325MG.....	12
GLYBURIDE TAB 2.5MG.....	58	HC BUTYRATE CRE 0.1%.....	100	HYDROCO/APAP TAB 7.5-325.....	12
GLYBURIDE TAB 5MG.....	58	HC BUTYRATE CRE 0.1%.....	100	HYDROCO/APAP TAB 10-325MG.....	12
GLYBURID MCR TAB 1.5MG.....	58	HC BUTYRATE OIN 0.1%.....	100	HYDROCOD/HOM SOL 5-1.5/5.....	140
GLYBURID MCR TAB 3MG.....	58	HC BUTYRATE SOL 0.1%.....	100	HYDROCOD/HOM SYP 5-1.5/5.....	140
GLYBURID MCR TAB 6MG.....	58	HC PRAMOXINE CRE 1-1%.....	127	HYDROCOD/IBU TAB 5-200MG.....	12
GLYCOLAX POW 3350 NF.....	93	HC VALERATE CRE 0.2%.....	100	HYDROCOD/IBU TAB 7.5-200.....	12
GLYCOPYRROL TAB 1MG.....	93	HC VALERATE OIN 0.2%.....	100	HYDROCOD/IBU TAB 10-200MG.....	12
GLYCOPYRROL TAB 2MG.....	93	HEATHER TAB 0.35MG.....	107	HYDROCODONE CAP 10MG ER.....	12
GLYDO GEL 2%.....	16	HEPARIN SOD INJ 1000/ML.....	63	HYDROCODONE CAP 15MG ER.....	12
GNP GLUCOSE CHW 2GM.....	129	HEPARIN SOD INJ 2000/2ML.....	63	HYDROCODONE CAP 20MG ER.....	12
GRANISETRON TAB 1MG.....	33	HEPARIN SOD INJ 5000/0.5.....	63	HYDROCODONE CAP 30MG ER.....	12
GRISEOFULVIN SUS 125/5ML.....	34	HEPARIN SOD INJ 5000/0.5.....	63	HYDROCODONE CAP 40MG ER.....	12
GRISEOFULVIN TAB MICR 500.....	34	HEPARIN SOD INJ 5000/ML.....	63	HYDROCODONE CAP 50MG ER.....	12
GRISEOFULVIN TAB ULTR 125.....	34	HEPARIN SOD INJ 5000/ML.....	63	HYDROCORT CRE 2.5%.....	100
GRISEOFULVIN TAB ULTR 250.....	34	HEPARIN SOD INJ 10000/10.....	63	HYDROCORT ENE 100MG.....	127
GUANFACINE TAB 1MG.....	71	HEPARIN SOD INJ 10000/ML.....	63	HYDROCORTISO CRE 2.5%.....	127
GUANFACINE TAB 1MG ER.....	82	HEPARIN SOD INJ 20000/ML.....	63	HYDROCORT LOT 2.5%.....	100
GUANFACINE TAB 2MG.....	71	HEPARIN SOD INJ 30000/30.....	63	HYDROCORT OIN 1%.....	100
GUANFACINE TAB 2MG ER.....	83	HEPARIN SOD INJ 50000/10.....	63	HYDROCORT OIN 2.5%.....	100
GUANFACINE TAB 3MG ER.....	83	HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML.....	123	HYDROCORT TAB 5MG.....	100
GUANFACINE TAB 4MG ER.....	83	HER STYLE TAB 1.5MG.....	107	HYDROCORT TAB 10MG.....	100
GVOKE HYPO 1 INJ 0.5/1ML.....	58	HIBERIX SOL 10MCG.....	123	HYDROCORT TAB 20MG.....	100
GVOKE HYPO 1 INJ 1MG/.2ML.....	58	HUMALOG INJ 100/ML.....	58	HYDROGEN PER SOL 3%.....	130
		HUMALOG JR INJ 100/ML.....	58	HYDROMET SYP 5-1.5/5.....	140

HYDROMORPHON LIQ 1MG/ML.....	12	INDAPAMIDE TAB 2.5MG.....	71	IPRATROPIUM/ SOL ALBUTER.....	140
HYDROMORPHON TAB 2MG.....	12	INDOMETHACIN CAP 25MG.....	13	IPRATROPIUM SPR 0.03%.....	140
HYDROMORPHON TAB 4MG.....	13	INDOMETHACIN CAP 50MG.....	13	IPRATROPIUM SPR 0.06%.....	140
HYDROMORPHON TAB 8MG.....	13	INDOMETHACIN CAP 75MG ER.....	13	IRBESAR/HCTZ TAB 150-12.5.....	71
HYDROMORPHON TAB 8MG ER.....	13	INFANRIX INJ.....	123	IRBESAR/HCTZ TAB 300-12.5.....	71
HYDROMORPHON TAB 12MG ER.....	12	INGREZZA CAP 40-80MG.....	83	IRBESARTAN TAB 75MG.....	72
HYDROMORPHON TAB 16MG ER.....	12	INGREZZA CAP 40MG.....	83	IRBESARTAN TAB 150MG.....	71
HYDROMORPHON TAB 32MG ER.....	13	INGREZZA CAP 40MG.....	83	IRBESARTAN TAB 300MG.....	72
HYDROXYCHLOR TAB 100MG.....	45	INGREZZA CAP 60MG.....	83	ISENTRESS POW 100MG.....	52
HYDROXYCHLOR TAB 200MG.....	45	INGREZZA CAP 60MG.....	83	ISIBLOOM TAB.....	107
HYDROXYUREA CAP 500MG.....	40	INGREZZA CAP 80MG.....	83	ISONIAZID SYP 50MG/5ML.....	38
HYDROXYZ HCL SYP 10MG/5ML.....	55	INGREZZA CAP 80MG.....	83	ISONIAZID TAB 100MG.....	38
HYDROXYZ HCL TAB 10MG.....	55	INLYTA TAB 1MG.....	40	ISONIAZID TAB 300MG.....	38
HYDROXYZ HCL TAB 25MG.....	55	INLYTA TAB 5MG.....	40	ISOP ALCOHOL SOL 70% RUB.....	131
HYDROXYZ HCL TAB 50MG.....	55	INS DEGL FLX INJ 100UNIT.....	59	ISOPTO ATROP SOL 1% OP.....	134
HYDROXYZINE SOL 50/25ML.....	55	INS DEGL FLX INJ 200UNIT.....	59	ISOSO/HYDRAL TAB 20-375.....	72
HYDROXYZ PAM CAP 25MG.....	55	INSPIREASE MIS DD SYST.....	130	ISOSORB DIN TAB 5MG.....	72
HYDROXYZ PAM CAP 50MG.....	55	INSPIREASE MIS RES BAG.....	130	ISOSORB DIN TAB 10MG.....	72
HYDROXYZ PAM CAP 100MG.....	55	INS SYR U500 MIS 31GX6MM.....	130	ISOSORB DIN TAB 20MG.....	72
HYPERSAL NEB 3.5%.....	140	INSTA-GLUCOS GEL 77.4%.....	130	ISOSORB DIN TAB 30MG.....	72
HYPERSAL NEB 7%.....	140	INSULIN ASPA INJ 70/30.....	59	ISOSORB MONO TAB 10MG.....	72
IBANDRONATE TAB 150MG.....	128	INSULIN DEGL INJ 100UNIT.....	59	ISOSORB MONO TAB 20MG.....	72
IBUPROFEN TAB 400MG.....	13	INSULIN LISP INJ 100/ML.....	59	ISOSORB MONO TAB 30MG ER.....	72
IBUPROFEN TAB 600MG.....	13	INSULIN LISP INJ 100/ML.....	59	ISOSORB MONO TAB 60MG ER.....	72
IBUPROFEN TAB 800MG.....	13	INSULIN LISP INJ JUNIOR.....	59	ISOSORB MONO TAB 120MG ER.....	72
IBU TAB 400MG.....	13	INSULIN LISP INJ PROTAMIN.....	59	ISOTRETINOIN CAP 10MG.....	86
IBU TAB 600MG.....	13	INSULIN SRYG MIS 1ML/32G.....	130	ISOTRETINOIN CAP 20MG.....	86
IBU TAB 800MG.....	13	INSULIN SYRG MIS 0.3/29G.....	130	ISOTRETINOIN CAP 30MG.....	86
ICATIBANT INJ 30MG/3ML.....	123	INSULIN SYRG MIS 0.3/30G.....	130	ISOTRETINOIN CAP 40MG.....	86
ICLEVIA TAB.....	107	INSULIN SYRG MIS 0.3/30G.....	130	ISRADIPINE CAP 2.5MG.....	72
ICOSAPENT CAP 0.5GM.....	71	INSULIN SYRG MIS 0.3/31G.....	130	ISRADIPINE CAP 5MG.....	72
ICOSAPENT CAP 1GM.....	71	INSULIN SYRG MIS 0.3/31G.....	130	ITRACONAZOLE CAP 100MG.....	35
IMATINIB MES TAB 100MG.....	40	INSULIN SYRG MIS 0.5/28G.....	130	ITRACONAZOLE SOL 10MG/ML.....	35
IMATINIB MES TAB 400MG.....	40	INSULIN SYRG MIS 0.5/29G.....	130	ITRACONAZOLE SOL 100/10ML.....	35
IMBRUVICA CAP 70MG.....	40	INSULIN SYRG MIS 0.5/30G.....	130	IVABRADINE TAB 5MG.....	72
IMBRUVICA CAP 140MG.....	40	INSULIN SYRG MIS 0.5/30G.....	130	IVABRADINE TAB 7.5MG.....	72
IMBRUVICA SUS 70MG/ML.....	40	INSULIN SYRG MIS 0.5/31G.....	130	IVERMECTIN CRE 1%.....	86
IMBRUVICA TAB 140MG.....	40	INSULIN SYRG MIS 0.5/31G.....	130	IVERMECTIN LOT 0.5%.....	45
IMBRUVICA TAB 280MG.....	40	INSULIN SYRG MIS 0.5/32G.....	130	IVERMECTIN TAB 3MG.....	45
IMBRUVICA TAB 420MG.....	40	INSULIN SYRG MIS 1ML/27G.....	130	JAIMIESS TAB.....	107
IMBRUVICA TAB 560MG.....	40	INSULIN SYRG MIS 1ML/28G.....	130	JAKAFI TAB 5MG.....	41
IMIPRAM HCL TAB 10MG.....	30	INSULIN SYRG MIS 1ML/28G.....	130	JAKAFI TAB 10MG.....	40
IMIPRAM HCL TAB 25MG.....	31	INSULIN SYRG MIS 1ML/29G.....	130	JAKAFI TAB 15MG.....	40
IMIPRAM HCL TAB 50MG.....	31	INSULIN SYRG MIS 1ML/29G.....	130	JAKAFI TAB 20MG.....	41
IMIPRAM PAM CAP 75MG.....	31	INSULIN SYRG MIS 1ML/30G.....	130	JAKAFI TAB 25MG.....	41
IMIPRAM PAM CAP 100MG.....	31	INSULIN SYRG MIS 1ML/30G.....	130	JANTOVEN TAB 1MG.....	63
IMIPRAM PAM CAP 125MG.....	31	INSULIN SYRG MIS 1ML/31G.....	130	JANTOVEN TAB 2.5MG.....	63
IMIPRAM PAM CAP 150MG.....	31	INSULIN SYRG MIS 1ML/31G.....	131	JANTOVEN TAB 2MG.....	63
IMIQUIMOD CRE 5%.....	86	INTELENCE TAB 25MG.....	52	JANTOVEN TAB 3MG.....	64
INATAL GT TAB.....	88	INTROVALE TAB.....	107	JANTOVEN TAB 4MG.....	64
INCASSIA TAB 0.35MG.....	107	INVELTYS SUS 1%.....	134	JANTOVEN TAB 5MG.....	64
INCRELEX INJ 40MG/4ML.....	102	IOPIDINE SOL 1% OP.....	134	JANTOVEN TAB 6MG.....	64
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG.....	140	IPOL INJ INACTIVE.....	123	JANTOVEN TAB 7.5MG.....	64
INDAPAMIDE TAB 1.25MG.....	71	IPRATROPIUM SOL 0.02%INH.....	140	JANTOVEN TAB 10MG.....	63

JARDIANCE TAB 10MG	59	LACOSAMIDE SOL 50/5ML	25	LENVIMA CAP 10 MG	41
JARDIANCE TAB 25MG	59	LACOSAMIDE SOL 50MG/5ML	25	LENVIMA CAP 12MG	41
JASMIEL TAB 3-0.02MG	107	LACOSAMIDE SOL 100/10ML	25	LENVIMA CAP 14 MG	41
JENCYCLA TAB 0.35MG	107	LACOSAMIDE SOL 150/15ML	25	LENVIMA CAP 18 MG	41
JINTELI TAB 1MG-5MCG	107	LACOSAMIDE SOL 200/20ML	25	LENVIMA CAP 20 MG	41
JOLESSA TAB	107	LACOSAMIDE TAB 50MG	25	LENVIMA CAP 24 MG	41
JOYEAX TAB 0.1-20	107	LACOSAMIDE TAB 100MG	25	LESSINA TAB	108
JULEBER TAB	107	LACOSAMIDE TAB 150MG	25	LETROZOLE TAB 2.5MG	42
JULUCA TAB 50-25MG	52	LACOSAMIDE TAB 200MG	25	LEUCOVOR CA TAB 5MG	42
JUNEL 1.5/30 TAB	107	LACTULOSE PAK 10GM	93	LEUCOVOR CA TAB 10MG	42
JUNEL 1/20 TAB	107	LACTULOSE PAK 20GM	93	LEUCOVOR CA TAB 15MG	42
JUNEL FE 24 TAB 1/20	107	LACTULOSE SOL 10GM/15	93	LEUCOVOR CA TAB 25MG	42
JUNEL FE TAB 1.5/30	108	LACTULOSE SOL 10GM/15	93	LEUKERAN TAB 2MG	42
JUNEL FE TAB 1/20	108	LACTULOSE SOL 20/30ML	93	LEUPROLIDE INJ 1MG/0.2	119
JYNNEOS INJ	123	LAGEVRIO CAP 200MG	131	LEUPROLIDE INJ 14 DAY	119
KAITLIB FE CHW	108	LAMIVUDINE SOL 10MG/ML	52	LEUPROLIDE KIT 1MG/0.2	119
KALLIGA TAB	108	LAMIVUDINE TAB 100MG	52	LEUPROLIDE KIT 14 DAY	119
KARIVA TAB 28 DAY	108	LAMIVUDINE TAB 150MG	52	LEVALBUTEROL NEB 0.31MG	140
KELNOR 1/50 TAB	108	LAMIVUDINE TAB 300MG	52	LEVALBUTEROL NEB 0.63MG	140
KELNOR TAB 1/35	108	LAMIVUD/ZIDO TAB 150-300	52	LEVALBUTEROL NEB 1.25/0.5	140
KETOCONAZOLE CRE 2%	35	LAMOTRIGINE CHW 5MG	25	LEVALBUTEROL NEB 1.25MG	140
KETOCONAZOLE SHA 2%	35	LAMOTRIGINE CHW 25MG	25	LEVEMIR INJ	59
KETOCONAZOLE TAB 200MG	35	LAMOTRIGINE TAB 25MG	26	LEVEMIR INJ FLEXPEN	59
KETO-DIASTIX TES	131	LAMOTRIGINE TAB 100MG	25	LEVETIRACETA SOL 100MG/ML	26
KETOPROFEN CAP 25MG	13	LAMOTRIGINE TAB 150MG	25	LEVETIRACETA SOL 500/5ML	26
KETOPROFEN CAP 50MG	13	LAMOTRIGINE TAB 200MG	26	LEVETIRACETA TAB 250MG	26
KETOPROFEN CAP 200MG ER	13	LANCET DEVIC MIS ADJUST	56	LEVETIRACETA TAB 500MG	26
KETOROLAC SOL 0.4%	134	LANCETS MIS	56	LEVETIRACETA TAB 500MG ER	26
KETOROLAC SOL 0.5%	134	LANSOPR/AMOX PAK /CLARITH	93	LEVETIRACETA TAB 750MG	26
KETOROLAC SOL 0.5% OP	134	LANSOPRAZOLE CAP 15MG DR	93	LEVETIRACETA TAB 750MG ER	26
KETOROLAC TAB 10MG	13	LANSOPRAZOLE CAP 30MG DR	93	LEVETIRACETA TAB 1000MG	26
KINRIX INJ	123	LANTHANUM CHW 500MG	89	LEVOBUNOLOL SOL 0.5% OP	134
KISQALI 200 PAK FEMARA	41	LANTHANUM CHW 750MG	89	LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML	89
KISQALI 400 PAK FEMARA	41	LANTHANUM CHW 1000MG	89	LEVOCARNITIN TAB 330MG	89
KISQALI 600 PAK FEMARA	41	LARIN 24 TAB FE 1/20	108	LEVOCETIRIZI SOL 2.5/5ML	140
KISQALI TAB 200DOSE	41	LARIN FE TAB 1.5/30	108	LEVOCETIRIZI TAB 5MG	140
KISQALI TAB 400DOSE	41	LARIN FE TAB 1/20	108	LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG	108
KISQALI TAB 600DOSE	41	LARIN TAB 1.5/30	108	LEVOFLOXACIN SOL 1.5%	134
KLAYESTA POW 100000	35	LARIN TAB 1/20	108	LEVOFLOXACIN SOL 25MG/ML	22
KLOR-CON 8 TAB 8MEQ ER	88	LASTACFT SOL 0.25%	134	LEVOFLOXACIN TAB 250MG	22
KLOR-CON 10 TAB 10MEQ ER	88	LATANOPROST SOL 0.005%	134	LEVOFLOXACIN TAB 500MG	22
KLOR-CON/EF TAB 25MEQ	89	LAYOLIS FE CHW	108	LEVOFLOXACIN TAB 750MG	22
KLOR-CON M10 TAB 10MEQ ER	88	LEDIP-SOFOSB TAB 90-400MG	52	LEVONEST TAB	108
KLOR-CON M15 TAB 15MEQ ER	89	LEENA TAB	108	LEVONOR/ETHI TAB	108
KLOR-CON M20 TAB 20MEQ ER	89	LEFLUNOMIDE TAB 10MG	123	LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02	108
KLOR-CON PAK 20MEQ	89	LEFLUNOMIDE TAB 20MG	123	LEVONOR/ETHI TAB 0.1-20	108
KRISTALOSE PAK 10GM	93	LLENALIDOMIDE CAP 2.5MG	41	LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	108
KRISTALOSE PAK 20GM	93	LLENALIDOMIDE CAP 5MG	41	LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	108
KURVELO TAB 0.15/30	108	LLENALIDOMIDE CAP 10MG	41	LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	109
LABETALOL TAB 100MG	72	LLENALIDOMIDE CAP 15MG	41	LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	109
LABETALOL TAB 200MG	72	LLENALIDOMIDE CAP 20MG	41	LEVONORGESTR TAB 1.5MG	109
LABETALOL TAB 300MG	72	LLENALIDOMIDE CAP 25MG	41	LEVORA-28 TAB 0.15/30	109
LABETALOL TAB 400MG	72	LENVIMA CAP 4MG	41	LEVORPHANOL TAB 2MG	13
LACOSAMIDE SOL 10MG/ML	25	LENVIMA CAP 8 MG	41		

LEVORPHANOL TAB 3MG	13	LISINOP/HCTZ TAB 20-12.5	72	LURASIDONE TAB 60MG	48
LEVOTHYROXIN TAB 25MCG	116	LISINOP/HCTZ TAB 20-25MG	72	LURASIDONE TAB 80MG	48
LEVOTHYROXIN TAB 50MCG	116	LISINOPRIL TAB 2.5MG	72	LURASIDONE TAB 120MG	48
LEVOTHYROXIN TAB 75MCG	116	LISINOPRIL TAB 5MG	72	LUTERA TAB	109
LEVOTHYROXIN TAB 88MCG	116	LISINOPRIL TAB 10MG	72	LYLEQ TAB 0.35MG	109
LEVOTHYROXIN TAB 100MCG	116	LISINOPRIL TAB 20MG	72	LYLLANA DIS 0.1MG	109
LEVOTHYROXIN TAB 112MCG	116	LISINOPRIL TAB 30MG	72	LYLLANA DIS 0.05MG	109
LEVOTHYROXIN TAB 125MCG	116	LISINOPRIL TAB 40MG	72	LYLLANA DIS 0.025MG	109
LEVOTHYROXIN TAB 137MCG	116	LITHIUM CARB CAP 150MG	55	LYLLANA DIS 0.075MG	109
LEVOTHYROXIN TAB 150MCG	116	LITHIUM CARB CAP 300MG	55	LYLLANA DIS 0.0375MG	109
LEVOTHYROXIN TAB 175MCG	116	LITHIUM CARB CAP 600MG	55	LYNPARZA TAB 100MG	42
LEVOTHYROXIN TAB 200MCG	116	LITHIUM CARB TAB 300MG	55	LYNPARZA TAB 150MG	42
LEVOTHYROXIN TAB 300MCG	116	LITHIUM CARB TAB 300MG ER	55	LYSODREN TAB 500MG	119
LEVO-T TAB 25MCG	115	LITHIUM CARB TAB 450MG ER	56	LYZA TAB 0.35MG	109
LEVO-T TAB 50MCG	115	LITHIUM SOL 8MEQ/5ML	56	MAFENIDE ACE PAK 5%	22
LEVO-T TAB 75MCG	116	LOJAIMIESS TAB	109	MAG CITRATE SOL LEMON	94
LEVO-T TAB 88MCG	116	LOKELMA PAK 5GM	89	MALATHION LOT 0.5%	45
LEVO-T TAB 100MCG	115	LOKELMA PAK 10GM	89	MARAVIROC TAB 150MG	52
LEVO-T TAB 112MCG	115	LO LOESTRIN TAB 1-10-10	109	MARAVIROC TAB 300MG	52
LEVO-T TAB 125MCG	115	LOPERAMIDE CAP 2MG	94	MARLISSA TAB 0.15/30	109
LEVO-T TAB 137MCG	115	LOPIN/RITON SOL 80-20/ML	52	MARPLAN TAB 10MG	31
LEVO-T TAB 150MCG	115	LOPIN/RITON TAB 100-25MG	52	MASK VORTEX/ MIS FROG	131
LEVO-T TAB 175MCG	115	LOPIN/RITON TAB 200-50MG	52	MATULANE CAP 50MG	42
LEVO-T TAB 200MCG	115	LORAZEPAM CON 2MG/ML	55	MATZIM LA TAB 180MG/24	73
LEVO-T TAB 300 MCG	115	LORAZEPAM TAB 0.5MG	55	MATZIM LA TAB 240MG/24	73
LEVOXYL TAB 25MCG	116	LORAZEPAM TAB 1MG	55	MATZIM LA TAB 300MG/24	73
LEVOXYL TAB 50MCG	116	LORAZEPAM TAB 2MG	55	MATZIM LA TAB 360MG/24	73
LEVOXYL TAB 75MCG	116	LORBRENA TAB 25MG	42	MATZIM LA TAB 420MG/24	73
LEVOXYL TAB 88MCG	116	LORBRENA TAB 100MG	42	MAXICOMFORT MIS 27GX1/2	131
LEVOXYL TAB 100MCG	116	LORYNA TAB 3-0.02MG	109	MAXICOMFORT MIS 27GX1/2"	131
LEVOXYL TAB 112MCG	116	LOSARTAN/HCT TAB 50-12.5	73	MECLIZINE TAB 25MG	33
LEVOXYL TAB 125MCG	116	LOSARTAN/HCT TAB 100-12.5	72	MECLIZINE TAB 50MG	33
LEVOXYL TAB 137MCG	116	LOSARTAN/HCT TAB 100-25	72	MECLOFEN SOD CAP 50MG	13
LEVOXYL TAB 150MCG	116	LOSARTAN POT TAB 25MG	72	MECLOFEN SOD CAP 100MG	13
LEVOXYL TAB 175MCG	116	LOSARTAN POT TAB 50MG	72	MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML	109
LEVOXYL TAB 200MCG	116	LOSARTAN POT TAB 100MG	72	MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML	109
LEXIVA SUS 50MG/ML	52	LOTEMAX OIN 0.5%	134	MEDROXYPR AC TAB 2.5MG	109
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	16	LOTEMAX SM GEL 0.38%	134	MEDROXYPR AC TAB 5MG	109
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	16	LOTEPREDNOL SUS 0.5%	134	MEDROXYPR AC TAB 10MG	109
LIDOCAINE PAD 5%	16	LOVASTATIN TAB 10MG	73	MEFENAM ACID CAP 250MG	13
LIDOCAINE SOL 2% ORAL	16	LOVASTATIN TAB 20MG	73	MEFLOQUINE TAB 250MG	45
LIDOCAINE SOL 2% VISC	16	LOVASTATIN TAB 40MG	73	MEGESTROL AC SUS 40MG/ML	110
LIDOCAINE SOL 4%	16	LOW-OGESTREL TAB	109	MEGESTROL AC SUS 400MG/10	110
LIDOCAINE SOL 4%	16	LOXAPINE CAP 5MG	48	MEGESTROL AC SUS 800MG/20	110
LIDO/PRILOCN CRE 2.5-2.5%	16	LOXAPINE CAP 10MG	48	MEGESTROL AC TAB 20MG	110
LINEZOLID SUS 100/5ML	22	LOXAPINE CAP 25MG	48	MEGESTROL AC TAB 40MG	110
LINEZOLID TAB 600MG	22	LOXAPINE CAP 50MG	48	MEGESTROL SUS 625MG/5M	110
LINZESS CAP 72MCG	93	LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG	109	MELOXICAM TAB 75MG	13
LINZESS CAP 145MCG	93	LUBIPROSTONE CAP 8MCG	94	MELOXICAM TAB 15MG	13
LINZESS CAP 290MCG	93	LUBIPROSTONE CAP 24MCG	94	MELPHALAN TAB 2MG	42
LIOthyRONINE TAB 5MCG	117	LULICONAZOLE CRE 1%	35	MEMANTINE HC SOL 2MG/ML	28
LIOthyRONINE TAB 25MCG	117	LUMIGAN SOL 0.01% OP	134	MEMANTINE SOL 2MG/ML	28
LIOthyRONINE TAB 50MCG	117	LURASIDONE TAB 20MG	48	MEMANTINE TAB 5MG	28
LISINOP/HCTZ TAB 10-12.5	72	LURASIDONE TAB 40MG	48	MEMANTINE TAB 10MG	28

MEMANTINE TAB HCL 5MG.....	28	METHYLPHENID SOL 10MG/5ML.....	83	MIGERGOT SUP 2/100.....	36
MEMANTINE TAB HCL 10MG.....	28	METHYLPHENID TAB 5MG.....	83	MIGLITOL TAB 25MG.....	59
MEMANT TITRA PAK 5-10MG.....	28	METHYLPHENID TAB 10MG.....	83	MIGLITOL TAB 50MG.....	59
MENQUADFI INJ.....	123	METHYLPHENID TAB 10MG ER.....	83	MIGLITOL TAB 100MG.....	59
MENTAX CRE 1%.....	35	METHYLPHENID TAB 18MG ER.....	83	MILI TAB 0.25/35.....	110
MENVEO INJ.....	123	METHYLPHENID TAB 20MG.....	83	MIMVEY TAB 1-0.5MG.....	110
MENVEO SOL.....	123	METHYLPHENID TAB 20MG ER.....	83	MINOCYCLINE CAP 50MG.....	22
MEPROBAMATE TAB 200MG.....	55	METHYLPHENID TAB 27MG ER.....	83	MINOCYCLINE CAP 75MG.....	22
MEPROBAMATE TAB 400MG.....	55	METHYLPHENID TAB 36MG ER.....	83	MINOCYCLINE CAP 100MG.....	22
MERCAPTOPUR TAB 50MG.....	42	METHYLPHENID TAB 54MG ER.....	83	MINOXIDIL TAB 2.5MG.....	74
MERZEE CAP 1/20.....	110	METHYLPRED TAB 4MG.....	101	MINOXIDIL TAB 10MG.....	74
MESALAMINE CAP 0.375GM.....	127	METHYLPRED TAB 4MG.....	101	MINZOYA TAB 0.1-20.....	110
MESALAMINE ENE 4GM.....	127	METHYLPRED TAB 8MG.....	101	MIRALAX POW 3350 NF.....	94
MESALAMINE KIT 4GM.....	127	METHYLPRED TAB 16MG.....	100	MIRTAZAPINE TAB 75MG.....	31
MESALAMINE SUP 1000MG.....	127	METHYLPRED TAB 32MG.....	101	MIRTAZAPINE TAB 15MG.....	31
MESALAMINE TAB 1.2GM.....	127	METHYLTESTOS CAP 10MG.....	110	MIRTAZAPINE TAB 15MG ODT.....	31
MESNA TAB 400MG.....	42	METOCLOPRAM SOL 5MG/5ML.....	33	MIRTAZAPINE TAB 30MG.....	31
METAXALONE TAB 800MG.....	144	METOCLOPRAM SOL 10/10ML.....	33	MIRTAZAPINE TAB 30MG ODT.....	31
METFORMIN SOL 500/5ML.....	59	METOCLOPRAM TAB 5MG.....	33	MIRTAZAPINE TAB 45MG.....	31
METFORMIN TAB 500MG.....	59	METOCLOPRAM TAB 10MG.....	33	MIRTAZAPINE TAB 45MG ODT.....	31
METFORMIN TAB 500MG ER.....	59	METOLAZONE TAB 2.5MG.....	73	MISOPROSTOL TAB 100MCG.....	94
METFORMIN TAB 750MG ER.....	59	METOLAZONE TAB 5MG.....	73	MISOPROSTOL TAB 200MCG.....	94
METFORMIN TAB 850MG.....	59	METOLAZONE TAB 10MG.....	73	MITOSOL KIT 0.2MG.....	134
METFORMIN TAB 1000MG.....	59	METOPRL/HCTZ TAB 50-25MG.....	73	M-M-R II INJ.....	123
METHADONE CON 10MG/ML.....	13	METOPRL/HCTZ TAB 100-25MG.....	73	M-NATAL PLUS TAB.....	89
METHADONE SOL 5MG/5ML.....	13	METOPRL/HCTZ TAB 100-50MG.....	73	MODAFINIL TAB 100MG.....	145
METHADONE SOL 10MG/5ML.....	13	METOPROL SUC TAB 25MG ER.....	73	MODAFINIL TAB 200MG.....	145
METHADONE TAB 5MG.....	13	METOPROL SUC TAB 50MG ER.....	73	MODERNA INJ 2024-25.....	124
METHADONE TAB 10MG.....	13	METOPROL SUC TAB 100MG ER.....	73	MOEXIPRIL TAB 7.5MG.....	74
METHAMPHETAM TAB 5MG.....	83	METOPROL SUC TAB 200MG ER.....	73	MOEXIPRIL TAB 15MG.....	74
METHAZOLAMID TAB 25MG.....	73	METOPROL TAR TAB 25MG.....	74	MOMETASONE CRE 0.1%.....	101
METHAZOLAMID TAB 50MG.....	73	METOPROL TAR TAB 50MG.....	74	MOMETASONE OIN 0.1%.....	101
METHENAM HIP TAB 1GM.....	22	METOPROL TAR TAB 100MG.....	74	MOMETASONE SOL 0.1%.....	101
METHIMAZOLE TAB 5MG.....	120	METRONIDAZOL CRE 0.75%.....	86	MOMETASONE SPR 50MCG.....	140
METHIMAZOLE TAB 10MG.....	120	METRONIDAZOL GEL 0.75%.....	86	MONO-LINYAH TAB 0.25-35.....	110
METHOCARBAM TAB 500MG.....	144	METRONIDAZOL GEL 0.75%VAG.....	22	MONTELUKAST CHW 4MG.....	140
METHOCARBAM TAB 750MG.....	144	METRONIDAZOL LOT 0.75%.....	86	MONTELUKAST CHW 5MG.....	140
METHOTREXATE INJ 1GM.....	123	METRONIDAZOL TAB 250MG.....	22	MONTELUKAST GRA 4MG.....	140
METHOTREXATE INJ 1GM/40ML.....	123	METRONIDAZOL TAB 500MG.....	22	MONTELUKAST TAB 10MG.....	140
METHOTREXATE INJ 25MG/ML.....	123	MEXILETINE CAP 150MG.....	74	MORPHINE SUL SOL 10/0.5ML.....	13
METHOTREXATE INJ 25MG/ML.....	124	MEXILETINE CAP 200MG.....	74	MORPHINE SUL SOL 10MG/5ML.....	14
METHOTREXATE INJ 25MG/ML.....	124	MEXILETINE CAP 250MG.....	74	MORPHINE SUL SOL 20MG/5ML.....	14
METHOTREXATE INJ 50MG/2ML.....	124	MIBELAS 24 CHW FE.....	110	MORPHINE SUL SOL 20MG/ML.....	14
METHOTREXATE INJ 50MG/2ML.....	124	MICONAZOLE 3 SUP 200MG.....	35	MORPHINE SUL SOL 100/5ML.....	13
METHOTREXATE INJ 250/10ML.....	123	MICRGSTIN 24 TAB FE 1/20.....	110	MORPHINE SUL TAB 15MG.....	14
METHOTREXATE TAB 2.5MG.....	124	MICROGESTIN TAB 1.5/30.....	110	MORPHINE SUL TAB 15MG ER.....	14
METHOXSALEN CAP 10MG.....	86	MICROGESTIN TAB 1/20.....	110	MORPHINE SUL TAB 30MG.....	14
METHSCOPOLAM TAB 2.5MG.....	94	MICROGESTIN TAB FE1.5/30.....	110	MORPHINE SUL TAB 30MG ER.....	14
METHSCOPOLAM TAB 5MG.....	94	MICROGESTIN TAB FE 1/20.....	110	MORPHINE SUL TAB 60MG ER.....	14
METHSUXIMIDE CAP 300MG.....	26	MIDODRINE TAB 2.5MG.....	74	MORPHINE SUL TAB 100MG ER.....	14
METHYLDOPA TAB 250MG.....	73	MIDODRINE TAB 5MG.....	74	MORPHINE SUL TAB 200MG ER.....	14
METHYLDOPA TAB 500MG.....	73	MIDODRINE TAB 10MG.....	74	MOUNJARO INJ 2.5/0.5.....	59
METHYLERGON TAB 0.2MG.....	131	MIFEPREX TAB 200MG.....	103	MOUNJARO INJ 5MG/0.5.....	59
METHYLPHENID SOL 5MG/5ML.....	83	MIFEPRISTONE TAB 200MG.....	103	MOUNJARO INJ 7.5/0.5.....	59

NORDITROPIN INJ 30/3ML.....	102	NYLIA TAB 1/35.....	111	OLUMIANT TAB 4MG.....	124
NORE/ETH/FER CAP 1/20.....	111	NYLIA TAB 7/7/7.....	111	OMEGA-3-ACID CAP 1GM.....	76
NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35.....	111	NYMALIZE SOL.....	75	OMEPRAZOLE CAP 10MG.....	94
NORELGE/ETHI DIS 150/35.....	111	NYMYO TAB 0.25-35.....	111	OMEPRAZOLE CAP 20MG.....	94
NOR/EST/FF TAB 1.5/30.....	110	NYSTATIN CRE 100000.....	35	OMEPRAZOLE CAP 40MG.....	94
NORETH/ETHIN CHW FE.....	111	NYSTATIN OIN 100000.....	35	OMNIFLEX DPR.....	131
NORETH/ETHIN CHW FE 1/20.....	111	NYSTATIN OIN 100000U.....	35	OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6.....	131
NORETH/ETHIN TAB 0.5-2.5.....	111	NYSTATIN POW 100000.....	35	OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6.....	131
NORETH/ETHIN TAB 1.5/30.....	111	NYSTATIN SUS 100000.....	35	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....	131
NORETH/ETHIN TAB 1/20.....	111	NYSTATIN TAB 500000.....	35	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	131
NORETH/ETHIN TAB 1MG-5MCG.....	111	NYSTAT/TRIAM CRE.....	35	OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6.....	131
NORETH/ETHIN TAB FE.....	111	NYSTAT/TRIAM OIN.....	35	OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6.....	131
NORETH/ETHIN TAB FE 1/20.....	111	NYSTOP POW 100000.....	35	OMNITROPE INJ 5/1.5ML.....	102
NORETHIN ACE TAB 5MG.....	111	OBSTETRIX EC TAB.....	89	OMNITROPE INJ 5.8MG.....	102
NORETHINDRON TAB 0.35MG.....	111	OBSTETRX ONE CAP 38-1-225.....	89	OMNITROPE INJ 10/1.5ML.....	102
NORGEST/ETHI TAB 0.25/35.....	111	OCELLA TAB 3-0.03MG.....	111	ONDANSETRON SOL 4MG/5ML.....	33
NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO.....	111	OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML.....	119	ONDANSETRON TAB 4MG.....	33
NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO.....	111	OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML.....	119	ONDANSETRON TAB 4MG ODT.....	33
NORLYROC TAB 0.35MG.....	111	OCTREOTIDE INJ 100MCG.....	119	ONDANSETRON TAB 8MG.....	33
NORPACE CAP 100MG CR.....	75	OCTREOTIDE INJ 100MCG.....	119	ONDANSETRON TAB 8MG ODT.....	33
NORPACE CAP 150MG CR.....	75	OCTREOTIDE INJ 200MCG.....	119	ONDANSETRON TAB 24MG.....	33
NORTREL TAB 0.5/35.....	111	OCTREOTIDE INJ 500MCG.....	119	ONETOUCH KIT ULTRA 2.....	56
NORTREL TAB 1/35.....	111	OCTREOTIDE INJ 500MCG.....	119	ONETOUCH KIT VERIO FL.....	56
NORTREL TAB 7/7/7.....	111	OCTREOTIDE INJ 1000MCG.....	119	ONETOUCH LIQ ULT CONT.....	56
NORTRIPTYLIN CAP 10MG.....	31	ODEFSEY TAB.....	52	ONETOUCH LIQ VERIO.....	56
NORTRIPTYLIN CAP 25MG.....	31	OFLOXACIN DRO 0.3% OP.....	135	ONETOUCH LIQ VERIO 4.....	56
NORTRIPTYLIN CAP 50MG.....	31	OFLOXACIN DRO 0.3%OTIC.....	136	ONETOUCH TES ULT BLUE.....	56
NORTRIPTYLIN CAP 75MG.....	31	OFLOXACIN TAB 300MG.....	23	ONETOUCH TES ULTRA.....	56
NORTRIPTYLIN SOL 10MG/5ML.....	31	OFLOXACIN TAB 400MG.....	23	ONETOUCH TES VERIO.....	56
NORVIR POW 100MG.....	52	OLANZA/FLUOX CAP 3-25MG.....	31	ONE VITE TAB 1MG PLUS.....	89
NOVAVAX INJ 2024-25.....	124	OLANZA/FLUOX CAP 6-25MG.....	31	OPCICON TAB 1.5MG.....	111
NOVOFINE AUT MIS 30GX8MM.....	131	OLANZA/FLUOX CAP 6-50MG.....	31	OPILL TAB 0.075MG.....	111
NOVOFINE MIS 32GX6MM.....	131	OLANZA/FLUOX CAP 12-25MG.....	31	OPIUM TIN 10MG/ML.....	94
NOVOFINE PLS MIS 32GX4MM.....	131	OLANZA/FLUOX CAP 12-50MG.....	31	OPSUMIT TAB 10MG.....	141
NOVOLOG INJ FLEXPEN.....	60	OLANZAPINE TAB 2.5MG.....	48	OPTION 2 TAB 1.5MG.....	112
NOVOLOG INJ FLEX REL.....	59	OLANZAPINE TAB 5MG.....	48	ORENITRAM TAB 0.25MG.....	141
NOVOLOG INJ PENFILL.....	60	OLANZAPINE TAB 5MG ODT.....	48	ORENITRAM TAB 0.125MG.....	141
NOVOLOG MIX INJ 70/30.....	60	OLANZAPINE TAB 75MG.....	49	ORENITRAM TAB 1MG.....	141
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	60	OLANZAPINE TAB 10MG.....	48	ORENITRAM TAB 2.5MG.....	141
NOVOLOG MIX INJ FLEX REL.....	60	OLANZAPINE TAB 10MG ODT.....	48	ORENITRAM TAB 5MG.....	141
NOVOLOG RELI INJ 70/30.....	60	OLANZAPINE TAB 15MG.....	48	ORENITRAM TAB MONTH 1.....	141
NOVOPEN ECHO MIS.....	56	OLANZAPINE TAB 15MG ODT.....	48	ORENITRAM TAB MONTH 2.....	141
NP THYROID TAB 15MG.....	117	OLANZAPINE TAB 20MG.....	48	ORENITRAM TAB MONTH 3.....	141
NP THYROID TAB 30MG.....	117	OLANZAPINE TAB 20MG ODT.....	48	ORILISSA TAB 150MG.....	119
NP THYROID TAB 60MG.....	117	OLMESA MEDOX TAB 5MG.....	76	ORILISSA TAB 200MG.....	119
NP THYROID TAB 90MG.....	117	OLMESA MEDOX TAB 20MG.....	76	ORKAMBI GRA 75-94MG.....	141
NP THYROID TAB 120MG.....	117	OLMESA MEDOX TAB 40MG.....	76	ORKAMBI GRA 100-125.....	141
NUBEQA TAB 300MG.....	42	OLM MED/HCTZ TAB 20-12.5.....	75	ORKAMBI GRA 150-188.....	141
NUCYNTA ER TAB 50MG.....	14	OLM MED/HCTZ TAB 40-12.5.....	75	ORKAMBI TAB 100-125.....	141
NUCYNTA ER TAB 100MG.....	14	OLM MED/HCTZ TAB 40-25MG.....	76	ORKAMBI TAB 200-125.....	141
NUCYNTA ER TAB 150MG.....	14	OLOPATADINE DRO 0.1%.....	135	ORPHENADRINE TAB 100MG ER.....	145
NUCYNTA ER TAB 200MG.....	14	OLOPATADINE SPR 0.6%.....	140	OSELTAMIVIR CAP 30MG.....	52
NUCYNTA ER TAB 250MG.....	14	OLUMIANT TAB 1MG.....	124	OSELTAMIVIR CAP 45MG.....	52
NYAMYC POW 100000.....	35	OLUMIANT TAB 2MG.....	124	OSELTAMIVIR CAP 75MG.....	52

OSELTAMIVIR SUS 6MG/ML	52	PAROXETIN ER TAB 12.5MG	31	PFIZER 6M-4Y INJ 2024-25	125
OSMOPREP TAB 1.5GM	94	PAROXETIN ER TAB 37.5MG	31	PHENAZOPYRID TAB 100MG	97
OSPHENA TAB 60MG	112	PAROXETINE SUS 10MG/5ML	31	PHENAZOPYRID TAB 200MG	97
OTEZLA TAB 10/20	124	PAROXETINE TAB 10MG	32	PHENAZO TAB 200MG	97
OTEZLA TAB 10/20/30	124	PAROXETINE TAB 20MG	32	PHENELZINE TAB 15MG	32
OTEZLA TAB 20MG	124	PAROXETINE TAB 25MG ER	32	PHENOBARB ELX 20MG/5ML	26
OTEZLA TAB 30MG	124	PAROXETINE TAB 30MG	32	PHENOBARB SOL 20MG/5ML	26
OTOVEL DRO	136	PAROXETINE TAB 40MG	32	PHENOBARB TAB 15MG	26
OXAPROZIN TAB 600MG	14	PAXLOVID TAB 150-100	131	PHENOBARB TAB 16.2MG	26
OXAZEPAM CAP 10MG	55	PAXLOVID TAB 300-100	131	PHENOBARB TAB 30MG	26
OXAZEPAM CAP 15MG	55	PEDIARIX INJ 0.5ML	124	PHENOBARB TAB 32.4MG	26
OXAZEPAM CAP 30MG	55	PEDVAX HIB INJ	124	PHENOBARB TAB 60MG	26
OXCARBAZEPIN SUS 300/5ML	26	PEG-3350/KCL SOL /SODIUM	95	PHENOBARB TAB 64.8MG	26
OXCARBAZEPIN TAB 150MG	26	PEG-3350 SOL ELECTROL	94	PHENOBARB TAB 972MG	26
OXCARBAZEPIN TAB 300MG	26	PEGASYS INJ	52	PHENOBARB TAB 100MG	26
OXCARBAZEPIN TAB 600MG	26	PEGASYS INJ 180MCG/M	53	PHENOXYBENZA CAP 10MG	76
OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML	97	PEG/NASUL/C/ SOL NACL/POT	95	PHTERMINE CAP 15MG	83
OXYBUTYNIN TAB 5MG	97	PENBRAYA INJ	124	PHTERMINE CAP 30MG	83
OXYBUTYNIN TAB 5MG ER	97	PENICILLAMIN CAP 250MG	97	PHTERMINE CAP 37.5MG	83
OXYBUTYNIN TAB 10MG ER	97	PENICILLAMIN TAB 250MG	97	PHTERMINE TAB 37.5MG	83
OXYBUTYNIN TAB 15MG ER	97	PENICILLN VK SOL 125/5ML	23	PHENYLEPHRIN SOL 2.5% OP	135
OXYCOD/APAP TAB 2.5-325	14	PENICILLN VK SOL 250/5ML	23	PHENYLEPHRIN SOL 10% OP	135
OXYCOD/APAP TAB 5-325MG	15	PENICILLN VK TAB 250MG	23	PHENYTEK CAP 200MG	26
OXYCOD/APAP TAB 7.5-325	15	PENICILLN VK TAB 500MG	23	PHENYTEK CAP 300MG	26
OXYCOD/APAP TAB 10-325MG	14	PEN NEEDLE MIS 29GX1/2"	131	PHENYTOIN CHW 50MG	26
OXYCODONE CAP 5MG	15	PEN NEEDLE MIS 29GX3/16	131	PHENYTOIN EX CAP 100MG	27
OXYCODONE CON 100/5ML	15	PEN NEEDLE MIS 29GX5/16	131	PHENYTOIN EX CAP 200MG	27
OXYCODONE SOL 5MG/5ML	15	PEN NEEDLES MIS 29GX1/2"	131	PHENYTOIN EX CAP 300MG	27
OXYCODONE TAB 5MG	15	PEN NEEDLES MIS 31GX1/4"	131	PHENYTOIN SUS 100/4ML	27
OXYCODONE TAB 10MG	15	PEN NEEDLES MIS 31GX3/16	132	PHENYTOIN SUS 125/5ML	27
OXYCODONE TAB 15MG	15	PEN NEEDLES MIS 31GX5/16	132	PHEXXI GEL	132
OXYCODONE TAB 20MG	15	PENTACEL INJ	124	PHILITH TAB 0.4-35	112
OXYCODONE TAB 30MG	15	PENTAMIDINE INH 300MG	45	PHOSPHOLINE SOL 0.125%OP	135
OXYMORPHONE TAB 5MG ER	15	PENTAZ/NALOX TAB 50-0.5MG	15	PHYTONADIONE TAB 5MG	89
OXYMORPHONE TAB 7.5MG ER	15	PENTIPS MIS 29GX12MM	132	PILOCARPINE SOL 1% OP	135
OXYMORPHONE TAB 10MG ER	15	PENTIPS MIS 31GX5MM	132	PILOCARPINE SOL 2% OP	135
OXYMORPHONE TAB 15MG ER	15	PENTIPS MIS 31GX8MM	132	PILOCARPINE SOL 4% OP	135
OXYMORPHONE TAB 20MG ER	15	PENTIPS MIS 32GX4MM	132	PILOCARPINE TAB 5MG	84
OXYMORPHONE TAB 30MG ER	15	PENTOXIFYLLI TAB 400MG ER	76	PILOCARPINE TAB 75MG	84
OXYMORPHONE TAB 40MG ER	15	PERINDOPRIL TAB 2MG	76	PIMECROLIMUS CRE 1%	86
OXYMORPHONE TAB HCL 5MG	15	PERINDOPRIL TAB 4MG	76	PIMOZIDE TAB 1MG	49
OXYMORPHONE TAB HCL 10MG	15	PERINDOPRIL TAB 8MG	76	PIMOZIDE TAB 2MG	49
OZEMPIC INJ 2MG/3ML	60	PERIOGARD SOL 0.12%	84	PIMTREA TAB	112
OZEMPIC INJ 4MG/3ML	60	PERMETHRIN CRE 5%	45	PINDOLOL TAB 5MG	76
OZEMPIC INJ 8MG/3ML	60	PERPHEN/AMIT TAB 2-10MG	32	PINDOLOL TAB 10MG	76
PALIPERIDONE TAB ER 1.5MG	49	PERPHEN/AMIT TAB 2-25MG	32	PIOGLITA/MET TAB 15-500MG	60
PALIPERIDONE TAB ER 3MG	49	PERPHEN/AMIT TAB 4-10MG	32	PIOGLITA/MET TAB 15-850MG	60
PALIPERIDONE TAB ER 6MG	49	PERPHEN/AMIT TAB 4-25MG	32	PIOGLITAZONE TAB 15MG	60
PALIPERIDONE TAB ER 9MG	49	PERPHEN/AMIT TAB 4-50MG	32	PIOGLITAZONE TAB 30MG	60
PANTOPRAZOLE TAB 20MG	94	PERPHENAZINE TAB 2MG	33	PIOGLITAZONE TAB 45MG	60
PANTOPRAZOLE TAB 40MG	94	PERPHENAZINE TAB 4MG	33	PIQRAY 200MG TAB DOSE	42
PARICALCITOL CAP 1 MCG	128	PERPHENAZINE TAB 8MG	33	PIQRAY 250MG TAB DOSE	42
PARICALCITOL CAP 2 MCG	128	PERPHENAZINE TAB 16MG	33	PIQRAY 300MG TAB DOSE	42
PARICALCITOL CAP 4 MCG	128	PFIZER 5-11Y INJ 2024-25	124	PIRFENIDONE CAP 267MG	141

PIRFENIDONE TAB 267MG.....	141	PRAZOSIN HCL CAP 2MG.....	76	PRIORIX INJ.....	125
PIRFENIDONE TAB 534MG.....	141	PRAZOSIN HCL CAP 5MG.....	76	PROBEN/COLCH TAB 500-0.5.....	36
PIRFENIDONE TAB 801MG.....	141	PRECISN XTRA TES KETONE.....	132	PROBENECID TAB 500MG.....	36
PIROXICAM CAP 10MG.....	15	PREDNISOLONE SOL 10MG/5ML.....	101	PROCHLORPER TAB 5MG.....	33
PIROXICAM CAP 20MG.....	15	PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML.....	101	PROCHLORPER TAB 10MG.....	33
PLAN B TAB 1.5MG.....	112	PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML.....	101	PROCTO-MED CRE HC 2.5%.....	127
PLENVU SOL.....	95	PREDNISOLONE SOL 20MG/5ML.....	101	PRODIGY AUTO KIT MONITOR.....	56
PLERIXAFOR INJ 24/1.2ML.....	64	PREDNISOLONE SOL 25MG/5ML.....	101	PRODIGY AUTO MIS SYSTEM.....	56
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5.....	125	PREDNISOLONE SUS 1% OP.....	135	PRODIGY KIT NO CODIN.....	56
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5.....	125	PREDNISOLONE TAB 5MG.....	101	PRODIGY NO TES CODING.....	56
PNV-DHA CAP DOCUSATE.....	89	PREDNISOLONE TAB 10MG ODT.....	101	PRODIGY PCKT KIT METER.....	56
PODOFILOX GEL 0.5%.....	86	PREDNISOLONE TAB 15MG ODT.....	101	PRODIGY VOIC KIT METER.....	57
PODOFILOX SOL 0.5%.....	86	PREDNISOLONE TAB 30MG ODT.....	101	PROGESTERONE CAP 100MG.....	112
POLYETH GLYC POW 3350 NF.....	95	PREDNISONE CON 5MG/ML.....	101	PROGESTERONE CAP 200MG.....	112
POLYMYXIN B/ SOL TRIMETHP.....	135	PREDNISONE PAK 5MG.....	101	PROGESTERONE INJ 50MG/ML.....	112
POMALYST CAP 1MG.....	42	PREDNISONE PAK 5MG.....	101	PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML.....	141
POMALYST CAP 2MG.....	42	PREDNISONE PAK 10MG.....	101	PROMETHAZINE SOL 12.5/10.....	141
POMALYST CAP 3MG.....	42	PREDNISONE PAK 10MG.....	101	PROMETHAZINE SOL DM.....	141
POMALYST CAP 4MG.....	42	PREDNISONE SOL 5MG/5ML.....	101	PROMETHAZINE SUP 12.5MG.....	141
PORTIA-28 TAB.....	112	PREDNISONE TAB 1MG.....	101	PROMETHAZINE SUP 25MG.....	141
POSACONAZOLE TAB 100MG DR.....	35	PREDNISONE TAB 2.5MG.....	101	PROMETHAZINE SYP DM.....	142
POTASSIUM CH TAB 15MEQ.....	90	PREDNISONE TAB 5MG.....	101	PROMETHAZINE TAB 12.5MG.....	142
POT CHLORIDE CAP 8MEQ ER.....	89	PREDNISONE TAB 10MG.....	101	PROMETHAZINE TAB 25MG.....	142
POT CHLORIDE CAP 10MEQ ER.....	89	PREDNISONE TAB 20MG.....	101	PROMETHAZINE TAB 50MG.....	142
POT CHLORIDE POW 20MEQ.....	89	PREDNISONE TAB 50MG.....	101	PROMETH/COD SOL 6.25-10.....	141
POT CHLORIDE SOL 10%.....	90	PRED SOD PHO SOL 1% OP.....	135	PROMETH/PE SOL 6.25-5/5.....	141
POT CHLORIDE SOL 20%.....	90	PRED SOD PHO SOL 5MG/5ML.....	101	PROMETH VC SYP 6.25-5/5.....	141
POT CHLORIDE TAB 8MEQ ER.....	90	PREGABALIN CAP 25MG.....	84	PROMETH VC/ SYP CODEINE.....	141
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER.....	90	PREGABALIN CAP 50MG.....	84	PROPAFENONE CAP 225MG ER.....	76
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER.....	90	PREGABALIN CAP 75MG.....	84	PROPAFENONE CAP 325MG ER.....	76
POT CHLORIDE TAB 15MEQ ER.....	90	PREGABALIN CAP 100MG.....	83	PROPAFENONE CAP 425MG ER.....	76
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER.....	90	PREGABALIN CAP 150MG.....	84	PROPAFENONE TAB 150MG.....	77
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER.....	90	PREGABALIN CAP 200MG.....	84	PROPAFENONE TAB 225MG.....	77
POT CITRA ER TAB 540MG.....	90	PREGABALIN CAP 225MG.....	84	PROPAFENONE TAB 300MG.....	77
POT CITRA ER TAB 1080MG.....	90	PREGABALIN CAP 300MG.....	84	PROPARACAIN SOL 0.5% OP.....	135
POT CITRA ER TAB 1620MG.....	90	PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML.....	125	PROPRANOLOL CAP 60MG ER.....	77
POT CL MICRO TAB 10MEQ CR.....	90	PREMARIN VAG CRE 0.625MG.....	112	PROPRANOLOL CAP 80MG ER.....	77
POT CL MICRO TAB 10MEQ ER.....	90	PRENATAL 19 TAB 29-1MG.....	90	PROPRANOLOL CAP 120MG ER.....	77
POT CL MICRO TAB 15MEQ ER.....	90	PRENATAL PLS MIS MV + DHA.....	90	PROPRANOLOL CAP 160MG ER.....	77
POT CL MICRO TAB 20MEQ ER.....	90	PRENATAL TAB PLUS.....	90	PROPRANOLOL SOL 20MG/5ML.....	77
PRAMIPEXOLE TAB 0.5MG.....	46	PRENATAL-U CAP 106.5-1.....	90	PROPRANOLOL SOL 40MG/5ML.....	77
PRAMIPEXOLE TAB 0.25MG.....	46	PRENATRIX TAB.....	90	PROPRANOLOL TAB 10MG.....	77
PRAMIPEXOLE TAB 0.75MG.....	46	PRENATRYL TAB.....	90	PROPRANOLOL TAB 20MG.....	77
PRAMIPEXOLE TAB 0.125MG.....	46	PREPIDIL GEL 0.5MG/3G.....	103	PROPRANOLOL TAB 40MG.....	77
PRAMIPEXOLE TAB 1.5MG.....	46	PREVALITE POW 4GM.....	76	PROPRANOLOL TAB 60MG.....	77
PRAMIPEXOLE TAB 1MG.....	46	PREVALITE POW 4GM PK.....	76	PROPRANOLOL TAB 80MG.....	77
PRASUGREL TAB 5MG.....	64	PREVNAR 13 INJ.....	125	PROPYLTHIOUR TAB 50MG.....	120
PRASUGREL TAB 10MG.....	64	PREVNAR 20 INJ.....	125	PROQUAD INJ.....	125
PRAVASTATIN TAB 10MG.....	76	PREZISTA SUS 100MG/ML.....	53	PROTRIPTYLIN TAB 5MG.....	32
PRAVASTATIN TAB 20MG.....	76	PRIFTIN TAB 150MG.....	38	PROTRIPTYLIN TAB 10MG.....	32
PRAVASTATIN TAB 40MG.....	76	PRIMAQUINE TAB 26.3MG.....	45	PROVIDA OB CAP.....	90
PRAVASTATIN TAB 80MG.....	76	PRIMIDONE TAB 50MG.....	27	PULMOSAL NEB 7%.....	142
PRAZQUANTEL TAB 600MG.....	45	PRIMIDONE TAB 125MG.....	27	PULMOZYME SOL 1MG/ML.....	142
PRAZOSIN HCL CAP 1MG.....	76	PRIMIDONE TAB 250MG.....	27	PYRAZINAMIDE TAB 500MG.....	38

PYRIDOSTIGMI SOL 60MG/5ML	38	RECOTHROM SOL 5000UNIT.....	64	RIVASTIGMINE CAP 6MG	28
PYRIDOSTIGMI TAB ER 180MG	38	RECOTHROM SOL 20000UNT	64	RIVASTIGMINE DIS 4.6MG/24	28
PYRIDOSTIGM TAB 60MG	37	REGANEX GEL 0.01%	86	RIVASTIGMINE DIS 9.5MG/24	28
PRIMETHAMIN TAB 25MG	45	RELENZA MIS DISKHALE.....	53	RIVASTIGMINE DIS 13.3/24	28
QNAPRIL/HCTZ TAB 10-12.5	77	RELISTOR INJ 8/0.4ML.....	95	RIVELSA TAB	112
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-12.5	77	RELISTOR INJ 12/0.6ML.....	95	RIZATRIPTAN TAB 5MG	37
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-25MG.....	77	REPAGLINIDE TAB 0.5MG.....	60	RIZATRIPTAN TAB 5MG ODT	37
QUADRACEL INJ 0.5ML	125	REPAGLINIDE TAB 1MG	60	RIZATRIPTAN TAB 10MG.....	37
QUADRACEL INJ 0.5ML	125	REPAGLINIDE TAB 2MG	60	RIZATRIPTAN TAB 10MG ODT	37
QUAZEPAM TAB 15MG.....	55	REPATHA INJ 140MG/ML	78	ROFLUMILAST TAB 250MCG	142
QUETIAPINE TAB 25MG.....	49	REPATHA PUSH INJ 420/3.5.....	78	ROFLUMILAST TAB 500MCG	142
QUETIAPINE TAB 50MG.....	49	REPATHA SURE INJ 140MG/ML.....	78	ROPINIROLE TAB 0.5MG	46
QUETIAPINE TAB 50MG ER	49	RETACRIT INJ 2000UNIT	64	ROPINIROLE TAB 0.25MG.....	46
QUETIAPINE TAB 100MG	49	RETACRIT INJ 3000UNIT	64	ROPINIROLE TAB 1MG	47
QUETIAPINE TAB 150MG.....	49	RETACRIT INJ 4000UNIT	64	ROPINIROLE TAB 2MG	47
QUETIAPINE TAB 150MG ER	49	RETACRIT INJ 10000UNT	64	ROPINIROLE TAB 3MG	47
QUETIAPINE TAB 200MG	49	RETACRIT INJ 20000UNI	64	ROPINIROLE TAB 4MG	47
QUETIAPINE TAB 200MG ER.....	49	RETACRIT INJ 40000UNT.....	64	ROPINIROLE TAB 5MG	47
QUETIAPINE TAB 300MG	49	RETOVY SPR 4/0.25ML.....	18	ROSUVASTATIN TAB 5MG	78
QUETIAPINE TAB 300MG ER.....	49	REYATAZ POW 50MG	53	ROSUVASTATIN TAB 10MG	78
QUETIAPINE TAB 400MG	49	REZVOGLAR INJ 100UT/ML	60	ROSUVASTATIN TAB 20MG.....	78
QUETIAPINE TAB 400MG ER	49	RIBAVIRIN CAP 200MG.....	53	ROSUVASTATIN TAB 40MG.....	78
QUICK TOUCH MIS 33GX8MM.....	132	RIBAVIRIN TAB 200MG	53	ROTARIX SUS.....	125
QUINAPRIL TAB 5MG	77	RIFABUTIN CAP 150MG	38	ROTARIX SUS.....	125
QUINAPRIL TAB 10MG.....	77	RIFAMPIN CAP 150MG	38	ROTATEQ SOL.....	125
QUINAPRIL TAB 20MG	77	RIFAMPIN CAP 300MG.....	38	ROWEEPR TAB 500MG.....	27
QUINAPRIL TAB 40MG	77	RILUZOLE TAB 50MG.....	84	ROZLYTREK CAP 100MG	42
QUINIDINE GL TAB 324MG CR	77	RIMANTADINE TAB 100MG.....	53	ROZLYTREK CAP 200MG	42
QUINIDINE GL TAB 324MG ER.....	77	RINVOQ LQ SOL 1MG/ML.....	125	ROZLYTREK PAK 50MG	42
QUINIDINE SU TAB 200MG	77	RINVOQ TAB 15MG ER.....	125	RUFINAMIDE SUS 40MG/ML	27
QUINIDINE SU TAB 300MG	77	RINVOQ TAB 30MG ER	125	RUFINAMIDE TAB 200MG.....	27
QUININE SULF CAP 324MG.....	45	RINVOQ TAB 45MG ER	125	RUFINAMIDE TAB 400MG.....	27
QVAR REDIIHA AER 80MCG.....	142	RISEDRONATE TAB 5MG	128	RYBELSUS TAB 3MG	60
QVAR REDIIHAL AER 40MCG	142	RISEDRONATE TAB 30MG.....	128	RYBELSUS TAB 7MG	60
RABEPRAZOLE TAB 20MG	95	RISEDRONATE TAB 35MG.....	128	RYBELSUS TAB 14MG	60
RADIOGARDASE CAP 0.5GM.....	132	RISEDRONATE TAB 150MG.....	128	SALSALATE TAB 500MG.....	15
RALOXIFENE TAB 60MG	112	RISPERIDONE SOL 1MG/ML	49	SALSALATE TAB 750MG.....	15
RAMELTEON TAB 8MG	145	RISPERIDONE TAB 0.5MG.....	49	SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	125
RAMIPRIL CAP 1.25MG	77	RISPERIDONE TAB 0.5MG OD	49	SANTYL OIN 250/GM.....	86
RAMIPRIL CAP 2.5MG	77	RISPERIDONE TAB 0.25MG	49	SAPROPTERIN POW 100MG	96
RAMIPRIL CAP 5MG	77	RISPERIDONE TAB 0.25 ODT.....	49	SAPROPTERIN POW 500MG.....	96
RAMIPRIL CAP 10MG	77	RISPERIDONE TAB 1MG	49	SAPROPTERIN TAB 100MG.....	96
RANOLAZINE TAB 500MG ER.....	78	RISPERIDONE TAB 1MG ODT	49	SAVELLA MIS TITR PAK.....	84
RANOLAZINE TAB 1000MG	78	RISPERIDONE TAB 2MG.....	49	SAVELLA TAB 12.5MG.....	84
RASAGILINE TAB 0.5MG.....	46	RISPERIDONE TAB 2MG ODT	49	SAVELLA TAB 25MG	84
RASAGILINE TAB 1MG.....	46	RISPERIDONE TAB 3MG.....	49	SAVELLA TAB 50MG	84
RA URINARY TES TRACT IN	132	RISPERIDONE TAB 3MG ODT	49	SAVELLA TAB 100MG.....	84
REACT TAB 1.5MG.....	112	RISPERIDONE TAB 4MG.....	49	SAXAGLIPTIN TAB 2.5MG	60
RECLIPSEN TAB.....	112	RISPERIDONE TAB 4MG ODT	49	SAXAGLIPTIN TAB 5MG	60
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	125	RITONAVIR TAB 100MG	53	SCOPOLAMINE DIS 1MG/3DAY.....	34
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	125	RIVAROXABAN TAB 2.5MG	64	SELEGILINE CAP 5MG	47
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML.....	125	RIVASTIGMINE CAP 1.5MG.....	28	SELEGILINE TAB 5MG.....	47
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML.....	125	RIVASTIGMINE CAP 3MG	28	SELENIUM SUL LOT 2.5%.....	86
RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML.....	125	RIVASTIGMINE CAP 4.5MG	28	SELZENTRY SOL 20MG/ML	53

SELZENTRY TAB 25MG	53	SODIUM CHLOR NEB 10%.....	142	SULFACETAMID LOT 10%.....	86
SELZENTRY TAB 75MG	53	SODIUM/POTAS SOL MAGNESIU.....	95	SULFACET SOD OIN 10% OP	135
SE-NATAL 19 CHW	90	SOD POLY SUL POW	91	SULFACET SOD SOL 10% OP	135
SE-NATAL 19 TAB	90	SOFOS/VELPAT TAB 400-100.....	53	SULFADIAZINE TAB 500MG.....	23
SERTRALINE CON 20MG/ML	32	SOLIFENACIN TAB 5MG.....	97	SULFAMYLON CRE 85MG/GM	23
SERTRALINE TAB 25MG	32	SOLIFENACIN TAB 10MG	97	SULFASALAZIN TAB 500MG	127
SERTRALINE TAB 50MG.....	32	SOLQUA INJ 100/33.....	60	SULFASALAZIN TAB 500MG DR	127
SERTRALINE TAB 100MG.....	32	SOMAVERT INJ 10MG	120	SULFATRIM PD SUS 200-40/5	23
SETLAKIN TAB	112	SOMAVERT INJ 15MG	120	SULF/PRED NA SOL OP	135
SEVELAM CARB POW 0.8GM.....	91	SOMAVERT INJ 20MG	120	SULINDAC TAB 150MG	15
SEVELAM CARB POW 2.4GM.....	91	SOMAVERT INJ 25MG	120	SULINDAC TAB 200MG.....	15
SEVELAM CARB TAB 800MG.....	91	SOMAVERT INJ 30MG	120	SUMAT-NAPROX TAB 85-500MG	37
SHAROBEL TAB 0.35MG	112	SORAFENIB TAB 200MG	42	SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	37
SHINGRIX INJ 50/0.5ML	125	SORINE TAB 80MG	78	SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	37
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML	119	SORINE TAB 120MG	78	SUMATRIPTAN INJ 6/0.5ML.....	37
SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML	119	SORINE TAB 160MG	78	SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	37
SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML	119	SORINE TAB 240MG	78	SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	37
SILDENAFIL SUS 10MG/ML.....	142	SOTALOL AF TAB 80MG	78	SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	37
SILDENAFIL TAB 20MG	142	SOTALOL AF TAB 120MG	78	SUMATRIPTAN INJ 6MG/.5ML.....	37
SILODOSIN CAP 4MG	97	SOTALOL AF TAB 160MG	78	SUMATRIPTAN SPR 5MG/ACT.....	37
SILODOSIN CAP 8MG	97	SOTALOL HCL TAB 80MG	78	SUMATRIPTAN SPR 20MG/ACT	37
SILVER SULFA CRE 1%	23	SOTALOL HCL TAB 120MG	78	SUMATRIPTAN TAB 25MG	37
SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	135	SOTALOL HCL TAB 160MG	78	SUMATRIPTAN TAB 50MG.....	37
SIMLIYA TAB 28 DAY	112	SOTALOL HCL TAB 240MG	78	SUMATRIPTAN TAB 100MG.....	37
SIMPESSE TAB	112	SOTYLIZE SOL 5MG/ML	78	SUNITINIB CAP 12.5MG	42
SIMPONI INJ 50/0.5ML	126	SPIKEVAX INJ 2024-25.....	126	SUNITINIB CAP 25MG.....	42
SIMPONI INJ 50/0.5ML	126	SPINOSAD SUS 0.9%.....	45	SUNITINIB CAP 37.5MG	43
SIMPONI INJ 100MG/ML	125	SPIRIVA AER 1.25MCG	142	SUNITINIB CAP 50MG.....	43
SIMPONI INJ 100MG/ML	125	SPIRIVA SPR 2.5MCG	142	SUNOSI TAB 75MG.....	145
SIMVASTATIN TAB 5MG	78	SPIRONO/HCTZ TAB 25/25	78	SUNOSI TAB 150MG	145
SIMVASTATIN TAB 10MG	78	SPIRONOLACT TAB 25MG	78	SYEDA TAB 3-0.03MG.....	112
SIMVASTATIN TAB 20MG	78	SPIRONOLACT TAB 50MG	79	SYMJEPI INJ 0.3MG	142
SIMVASTATIN TAB 40MG.....	78	SPIRONOLACT TAB 100MG	78	SYMJEPI INJ 0.15MG	142
SIMVASTATIN TAB 80MG.....	78	SPRINTEC 28 TAB 28 DAY	112	SYMPROIC TAB 0.2MG.....	95
SIROLIMUS TAB 0.5MG.....	126	SRONYX TAB	112	SYNAREL SOL 2MG/ML	120
SIROLIMUS TAB 1MG	126	SSD CRE 1%.....	23	SYNJARDY TAB.....	60
SIROLIMUS TAB 2MG	126	STAVUDINE CAP 15MG	53	SYNJARDY TAB 5-500MG	60
SKYRIZI INJ 150MG/ML.....	126	STAVUDINE CAP 20MG.....	53	SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	60
SKYRIZI INJ 180/1.2	126	STAVUDINE CAP 30MG.....	53	SYNJARDY TAB 12.5-500	60
SKYRIZI INJ 360/2.4.....	126	STAVUDINE CAP 40MG.....	53	SYNJARDY XR TAB	61
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	126	STEQEYMA INJ 45/0.5ML.....	86	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	61
SLYND TAB 4MG	112	STEQEYMA INJ 90MG/ML	86	SYNJARDY XR TAB 10-1000	61
SM GLUCOSE CHW SOUR APP.....	132	STIOLTO AER 2.5-2.5.....	142	SYNJARDY XR TAB 25-1000	61
SMZ/TMP DS TAB 800-160.....	23	STIVARGA TAB 40MG.....	42	SYNRIBO INJ 3.5MG	43
SMZ-TMP SUS 200-40/5	23	ST JOSEPH CHW LOW 81MG.....	15	SYNTHROID TAB 25MCG	117
SMZ-TMP TAB 400-80MG	23	STRIVERDI AER 2.5MCG.....	142	SYNTHROID TAB 50MCG.....	117
SOD CHLORIDE NEB 0.9%.....	142	SUBVENITE TAB 25MG	27	SYNTHROID TAB 75MCG.....	117
SOD FLUORIDE CHW 0.5MG F.....	91	SUBVENITE TAB 100MG	27	SYNTHROID TAB 88MCG.....	117
SOD FLUORIDE CHW 0.25MG F.....	91	SUBVENITE TAB 150MG	27	SYNTHROID TAB 100MCG.....	117
SOD FLUORIDE DRO 0.5MG/ML.....	91	SUBVENITE TAB 200MG.....	27	SYNTHROID TAB 112MCG	117
SOD FLUORIDE TAB 0.5MG F	91	SUCRALFATE SUS 1GM/10ML.....	95	SYNTHROID TAB 125MCG.....	117
SOD FLUORIDE TAB 1MG F.....	91	SUCRALFATE TAB 1GM	95	SYNTHROID TAB 137MCG.....	117
SODIUM CHLOR NEB 3%.....	142	SULCONAZOLE CRE 1%	35	SYNTHROID TAB 150MCG.....	117
SODIUM CHLOR NEB 7%.....	142	SULCONAZOLE SOL 1%	35	SYNTHROID TAB 175MCG.....	117

SYNTHROID TAB 200MCG	117	TEMOZOLOMIDE CAP 100MG	43	THRIVITE RX TAB 29-1MG	91
SYNTHROID TAB 300MCG	117	TEMOZOLOMIDE CAP 140MG	43	THROMBIN-JMI KIT 5000UNIT.....	64
TABLOID TAB 40MG	43	TEMOZOLOMIDE CAP 180MG	43	THROMBIN-JMI KIT 20000UNT.....	64
TACROLIMUS CAP 0.5MG	126	TEMOZOLOMIDE CAP 250MG.....	43	THROMBIN-JMI SOL 5000UNIT.....	64
TACROLIMUS CAP 1MG	126	TENCON TAB 50-325MG	15	THROMBIN-JMI SOL 20000UNT.....	64
TACROLIMUS CAP 5MG	126	TENIVAC INJ 5-2LF	126	THROMBIN KIT 5000UNIT	64
TACROLIMUS OIN 0.1%.....	86	TENOFOVIR TAB 300MG	53	THYQUIDITY SOL 100MCG	117
TACROLIMUS OIN 0.03%.....	86	TERAZOSIN CAP 1MG	97	THYROID TAB 15MG	117
TADALAFIL TAB 2.5MG	97	TERAZOSIN CAP 2MG	97	THYROID TAB 30MG.....	117
TADALAFIL TAB 5MG	97	TERAZOSIN CAP 5MG	98	THYROID TAB 60MG.....	117
TADALAFIL TAB 20MG.....	142	TERAZOSIN CAP 10MG.....	97	THYROID TAB 90MG.....	117
TAFLUPROST SOL 0.0015%.....	135	TERBINAFINE TAB 250MG	35	THYROID TAB 120MG.....	117
TAGRISSO TAB 40MG.....	43	TERBUTALINE TAB 2.5MG	142	TIADYLT CAP 120MG/24.....	79
TAGRISSO TAB 80MG.....	43	TERBUTALINE TAB 5MG.....	142	TIADYLT CAP 180MG/24	79
TAKE ACTION TAB 1.5MG.....	113	TERCONAZOLE CRE 0.4%.....	35	TIADYLT CAP 240MG/24	79
TALTZ INJ 20/0.25	86	TERCONAZOLE CRE 0.8%.....	35	TIADYLT CAP 300MG/24	79
TALTZ INJ 40/0.5ML.....	86	TERCONAZOLE SUP 80MG	35	TIADYLT CAP 360MG/24	79
TALTZ INJ 80MG/ML	86	TERIFLUNOMID TAB 7MG.....	84	TIADYLT CAP 420MG/24	79
TALTZ INJ 80MG/ML	86	TERIFLUNOMID TAB 14MG	84	TIAGABINE TAB 2MG	27
TALZENNA CAP 0.1MG	43	TESTOST CYP INJ 100MG/ML	113	TIAGABINE TAB 4MG.....	27
TALZENNA CAP 0.5MG	43	TESTOST CYP INJ 200MG/ML.....	113	TIAGABINE TAB 12MG.....	27
TALZENNA CAP 0.25MG.....	43	TESTOST ENAN INJ 200MG/ML.....	113	TIAGABINE TAB 16MG.....	27
TALZENNA CAP 0.35MG.....	43	TESTOSTERONE GEL 1%(50MG).....	113	TICAGRELOR TAB 90MG	64
TALZENNA CAP 0.75MG.....	43	TESTOSTERONE GEL 1.62%.....	113	TILIA FE TAB	113
TALZENNA CAP 1MG	43	TETRABENAZIN TAB 12.5MG	84	TIMOLOL HEMI SOL 0.5% OP	136
TAMOXIFEN TAB 10MG.....	43	TETRABENAZIN TAB 25MG.....	84	TIMOLOL MALE SOL 0.5%.....	136
TAMOXIFEN TAB 20MG.....	43	TETRACAINE SOL 0.5% OP	135	TIMOLOL MALE SOL 0.5% OP.....	136
TAMSULOSIN CAP 0.4MG	97	TETRACYCLINE CAP 250MG.....	23	TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP	136
TARINA 24 FE TAB.....	113	TETRACYCLINE CAP 500MG	23	TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP.....	136
TARINA FE TAB 1/20 EQ	113	THALOMID CAP 50MG	44	TIMOLOL MAL TAB 5MG	79
TARON-C DHA CAP	91	THALOMID CAP 100MG	43	TIMOLOL MAL TAB 10MG	79
TASIMELTEON CAP 20MG.....	145	THALOMID CAP 150MG	43	TIMOLOL MAL TAB 20MG.....	79
TAYSOFY CAP 1/20	113	THALOMID CAP 200MG.....	43	TINIDAZOLE TAB 250MG	23
TAZAROTENE CRE 0.1%.....	86	THEO-24 CAP 100MG CR.....	142	TINIDAZOLE TAB 500MG	23
TAZAROTENE GEL 0.1%.....	86	THEO-24 CAP 200MG CR	142	TIOTROP BROM CAP 18MCG	143
TAZAROTENE GEL 0.05%.....	86	THEO-24 CAP 300MG CR	142	TIROSINT-SOL SOL 13MCG/ML	118
TAZTIA XT CAP 120MG/24	79	THEO-24 CAP 400MG ER.....	142	TIROSINT-SOL SOL 25MCG/ML.....	118
TAZTIA XT CAP 180MG/24	79	THEOPHYLLINE ELX 80/15ML.....	142	TIROSINT-SOL SOL 375/ML	118
TAZTIA XT CAP 240MG/24	79	THEOPHYLLINE SOL 80/15ML	143	TIROSINT-SOL SOL 44MCG/ML.....	118
TAZTIA XT CAP 300MG ER.....	79	THEOPHYLLINE TAB 100MG ER	143	TIROSINT-SOL SOL 50MCG/ML.....	118
TAZTIA XT CAP 360MG/24.....	79	THEOPHYLLINE TAB 200MG ER.....	143	TIROSINT-SOL SOL 62.5/ML.....	118
TDVAX INJ 2-2 LF	146	THEOPHYLLINE TAB 300MG ER.....	143	TIROSINT-SOL SOL 75MCG/ML.....	118
TELMISA/HCTZ TAB 40-12.5	79	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER.....	143	TIROSINT-SOL SOL 88MCG/ML.....	118
TELMISA/HCTZ TAB 80-12.5	79	THEOPHYLLINE TAB 450MG ER.....	143	TIROSINT-SOL SOL 100MCG	118
TELMISA/HCTZ TAB 80-25MG.....	79	THEOPHYLLINE TAB 600MG ER.....	143	TIROSINT-SOL SOL 112MCG.....	118
TELMISARTAN TAB 20MG	79	THIORIDAZINE TAB 10MG	50	TIROSINT-SOL SOL 125MCG	118
TELMISARTAN TAB 40MG	79	THIORIDAZINE TAB 25MG	50	TIROSINT-SOL SOL 137MCG	118
TELMISARTAN TAB 80MG.....	79	THIORIDAZINE TAB 50MG	50	TIROSINT-SOL SOL 150MCG	118
TEMAZEPAM CAP 7.5MG	145	THIORIDAZINE TAB 100MG.....	50	TIROSINT-SOL SOL 175MCG.....	118
TEMAZEPAM CAP 15MG	145	THIOTHIXENE CAP 1MG.....	50	TIROSINT-SOL SOL 200MCG.....	118
TEMAZEPAM CAP 22.5MG	145	THIOTHIXENE CAP 2MG	50	TIVICAY TAB 10MG.....	53
TEMAZEPAM CAP 30MG	145	THIOTHIXENE CAP 5MG	50	TIVICAY TAB 25MG	53
TEMOZOLOMIDE CAP 5MG.....	43	THIOTHIXENE CAP 10MG	50	TIVICAY TAB 50MG	53
TEMOZOLOMIDE CAP 20MG	43	THRIVE GUM 2MG MINT	18	TIZANIDINE CAP 2MG.....	145

TIZANIDINE CAP 4MG	145	TRETINOIN CRE 0.1%.....	87	TRULICITY INJ 0.75/0.5.....	61
TIZANIDINE CAP 6MG	145	TRETINOIN CRE 0.05%.....	87	TRULICITY INJ 1.5/0.5.....	61
TIZANIDINE TAB 2MG	145	TRETINOIN CRE 0.025%.....	86	TRULICITY INJ 3/0.5	61
TIZANIDINE TAB 4MG.....	145	TRIAMCINOLON CRE 0.1%	102	TRULICITY INJ 4.5/0.5	61
TOBRA/DEXAME SUS 0.3-0.1%.....	136	TRIAMCINOLON CRE 0.5%.....	102	TRUMENBA INJ	126
TOBRAMYCIN NEB 300/5ML	143	TRIAMCINOLON CRE 0.025%.....	102	TRUQAP PAK 160MG.....	44
TOBRAMYCIN SOL 0.3% OP	136	TRIAMCINOLON LOT 0.1%	102	TRUQAP PAK 200MG	44
TODAY SPONGE MIS	98	TRIAMCINOLON LOT 0.025%.....	102	TRUQAP TAB 160MG.....	44
TOLCAPONE TAB 100MG.....	47	TRIAMCINOLON OIN 0.1%	102	TRUQAP TAB 200MG	44
TOLMETIN SOD CAP 400MG	15	TRIAMCINOLON OIN 0.5%.....	102	TURALIO CAP 125MG.....	44
TOLMETIN SOD TAB 600MG.....	15	TRIAMCINOLON OIN 0.025%.....	102	TURQOZ TAB	113
TOLTERODINE CAP 2MG ER	98	TRIAMCINOLON PST 0.1%.....	84	TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	143
TOLTERODINE CAP 4MG ER	98	TRIAMCINOLON PST DEN 0.1%.....	84	TUZISTRA XR SUS.....	143
TOLTERODINE TAB 1MG.....	98	TRIAMT/HCTZ CAP 375-25.....	79	TWINRIX INJ	126
TOLTERODINE TAB 2MG	98	TRIAMT/HCTZ TAB 375-25	79	TWIRLA DIS 120-30.....	114
TOLVAPTAN TAB 15MG.....	91	TRIAMT/HCTZ TAB 75-50MG.....	79	TYBLUME CHW 0.1-0.02.....	114
TOLVAPTAN TAB 30MG	91	TRIAZOLAM TAB 0.25MG.....	55	TYDEMY TAB	114
TOPIRAMATE CAP 15MG	27	TRIAZOLAM TAB 0.125MG.....	55	TYENNE INJ 162/0.9.....	126
TOPIRAMATE CAP 25MG	27	TRICARE TAB PRENATAL	91	TYENNE INJ 162MG	126
TOPIRAMATE CAP 50MG.....	27	TRIDERM CRE 0.5%	102	TYMLOS INJ.....	128
TOPIRAMATE TAB 25MG	27	TRIENTINE CAP 250MG.....	91	TYVASO DPI POW 16-32-48	143
TOPIRAMATE TAB 50MG	27	TRI-ESTARYLL TAB.....	113	TYVASO DPI POW 16-32MCG	143
TOPIRAMATE TAB 100MG	27	TRIFLUOPERAZ TAB 1MG	50	TYVASO DPI POW 16MCG.....	143
TOPIRAMATE TAB 200MG.....	27	TRIFLUOPERAZ TAB 2MG	50	TYVASO DPI POW 32-48MCG.....	143
TOREMIFENE TAB 60MG.....	44	TRIFLUOPERAZ TAB 5MG	50	TYVASO DPI POW 32MCG.....	143
TORSEMIDE TAB 5MG.....	79	TRIFLUOPERAZ TAB 10MG	50	TYVASO DPI POW 48MCG	143
TORSEMIDE TAB 10MG.....	79	TRIFLURIDINE SOL 1% OP	136	TYVASO DPI POW 64MCG	143
TORSEMIDE TAB 20MG.....	79	TRIHEXYPHEN SOL 0.4MG/ML	47	TYVASO RF KT SOL 0.6MG/ML.....	143
TORSEMIDE TAB 100MG	79	TRIHEXYPHEN TAB 2MG	47	TYVASO SOL 0.6MG/ML.....	143
TRAMADL/APAP TAB 375-325.....	16	TRIHEXYPHEN TAB 5MG	47	TYVASO ST KT SOL 0.6MG/ML.....	143
TRAMADOL HCL TAB 50MG.....	16	TRI-LEGEST TAB FE.....	113	UBRELVY TAB 50MG	37
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER.....	16	TRI-LINYAH TAB	113	UBRELVY TAB 100MG.....	37
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER.....	16	TRI-LO-MILI TAB.....	113	ULTICARE MIS 30GX3/16.....	132
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	16	TRI-LO TAB ESTARYLL	113	UNITHROID TAB 25MCG	118
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	16	TRI-LO- TAB MARZIA	113	UNITHROID TAB 50MCG	118
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	16	TRI-LO- TAB SPRINTec.....	113	UNITHROID TAB 75MCG	119
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	16	TRIMETHOBENZ CAP 300MG.....	34	UNITHROID TAB 88MCG	119
TRANDOLAPRIL TAB 1MG.....	79	TRIMETHOPRIM TAB 100MG.....	23	UNITHROID TAB 100MCG.....	118
TRANDOLAPRIL TAB 2MG.....	79	TRI-MILI TAB	113	UNITHROID TAB 112MCG	118
TRANDOLAPRIL TAB 4MG	79	TRIMIPRAMINE CAP 25MG	32	UNITHROID TAB 125MCG	118
TRANEX ACID TAB 650MG	64	TRIMIPRAMINE CAP 50MG	32	UNITHROID TAB 137MCG	118
TRANLYCYPROM TAB 10MG	32	TRIMIPRAMINE CAP 100MG	32	UNITHROID TAB 150MCG.....	118
TRAVOPROST DRO 0.004%.....	136	TRINATAL RX TAB 1	91	UNITHROID TAB 175MCG	118
TRAZODONE TAB 50MG	32	TRINATE TAB	91	UNITHROID TAB 200MCG	118
TRAZODONE TAB 100MG	32	TRI-NYMYO TAB.....	113	UNITHROID TAB 300MCG	118
TRAZODONE TAB 150MG	32	TRI-SPRINTEC TAB.....	113	URSODIOL CAP 300MG.....	95
TRAZODONE TAB 300MG	32	TRIUMEQ TAB	53	URSODIOL TAB 250MG	95
TRECTOR TAB 250MG.....	38	TRIVORA-28 TAB.....	113	URSODIOL TAB 500MG	95
TRELEGY AER 100MCG.....	143	TRI-VYLIBRA TAB	113	UTI HOME TES TEST	132
TRELEGY AER 200MCG	143	TRI-VYLIBRA TAB LO	113	VALACYCLOVIR TAB 1GM	53
TRESIBA FLEX INJ 100UNIT	61	TROSPiUM CHL CAP 60MG ER	98	VALACYCLOVIR TAB 500MG.....	53
TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	61	TROSPiUM CL TAB 20MG	98	VALGANCICLOV SOL 50MG/ML.....	53
TRESIBA INJ 100UNIT.....	61	TRUEPLS GLUC GEL 15/32ML	132	VALGANCICLOV TAB 450MG	53
TRETINOIN CAP 10MG	44	TRUEPLUS CHW GLUCOSE	132	VALPROIC ACD CAP 250MG	27

VALPROIC ACD SOL 250/5ML	27	VERAPAMIL CAP 240MG SR.....	80	WIDE-SEAL DPR KIT 60	132
VALPROIC ACD SOL 500/10ML.....	27	VERAPAMIL CAP 300MG ER	80	WIDE-SEAL DPR KIT 65.....	132
VALSARTAN TAB 40MG.....	80	VERAPAMIL CAP 360MG SR	80	WIDE-SEAL DPR KIT 70.....	132
VALSARTAN TAB 80MG.....	80	VERAPAMIL TAB 40MG.....	80	WIDE-SEAL DPR KIT 75.....	132
VALSARTAN TAB 160MG.....	80	VERAPAMIL TAB 80MG.....	80	WIDE-SEAL DPR KIT 80	132
VALSARTAN TAB 320MG.....	80	VERAPAMIL TAB 120MG.....	80	WIDE-SEAL DPR KIT 85.....	132
VALSART/HCTZ TAB 80-12.5.....	80	VERAPAMIL TAB 120MG ER	80	WIDE-SEAL DPR KIT 90	132
VALSART/HCTZ TAB 160-12.5	80	VERAPAMIL TAB 180MG ER	80	WIDE-SEAL DPR KIT 95.....	132
VALSART/HCTZ TAB 160-25MG	80	VERAPAMIL TAB 240MG ER.....	80	WIXELA INHUB AER 100/50.....	144
VALSART/HCTZ TAB 320-12.5	80	VEREGEN OIN 15%.....	87	WIXELA INHUB AER 250/50	144
VALSART/HCTZ TAB 320-25MG.....	80	VERZENIO TAB 50MG	44	WIXELA INHUB AER 500/50	144
VALTYA 1/50 TAB.....	114	VERZENIO TAB 100MG	44	WYMZYA FE CHW 0.4MG-35	114
VANCOMYCIN CAP 125MG.....	23	VERZENIO TAB 150MG	44	XARAH FE TAB.....	114
VANCOMYCIN CAP 250MG	23	VERZENIO TAB 200MG.....	44	XARELTO STAR TAB 15/20MG	65
VANCOMYCIN SOL 25MG/ML	24	VESTURA TAB 3-0.02MG.....	114	XARELTO TAB 10MG	65
VANCOMYCIN SOL 50MG/ML.....	24	VIENVA TAB 0.1-20.....	114	XARELTO TAB 15MG	65
VANCOMYCIN SOL 250/5ML	24	VIGABATRIN PAK 500MG	27	XARELTO TAB 20MG	65
VANDAZOLE GEL 0.75%	24	VIGABATRIN TAB 500MG	27	XELJANZ SOL 1MG/ML.....	126
VAQTA INJ 25/0.5ML	126	VIGPODER POW 500MG	27	XELJANZ TAB 5MG	127
VAQTA INJ 50UNT/ML.....	126	VILAZODONE TAB 10MG.....	33	XELJANZ TAB 10MG	126
VARENICLINE TAB 0.5& 1MG.....	18	VILAZODONE TAB 20MG.....	33	XELJANZ XR TAB 11MG	127
VARENICLINE TAB 0.5MG	18	VILAZODONE TAB 40MG	33	XELJANZ XR TAB 22MG.....	127
VARENICLINE TAB 1MG	18	VIORELE TAB.....	114	XELRIA FE CHW 0.4MG-35	114
VARIVAX INJ	126	VIRACEPT TAB 250MG	53	XEPI CRE 1%.....	24
VARUBI TAB 90MG.....	34	VIRACEPT TAB 625MG	53	XERMELO TAB 250MG.....	96
VAXELIS INJ.....	126	VITAMIN D CAP 1.25MG	91	XIFAXAN TAB 200MG.....	24
VAXELIS INJ.....	126	VITAMIN D CAP 50000UNT.....	91	XIFAXAN TAB 550MG.....	24
VAXNEUVANCE INJ.....	126	VITATHELY TAB.....	91	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	61
VCF VAGINAL GEL CONTRACE.....	98	VITRAKVI CAP 25MG	44	XIGDUO XR TAB 5-500MG	61
VCF VAGINAL MIS CONTRACP	98	VITRAKVI CAP 100MG	44	XIGDUO XR TAB 5-1000MG	61
VELIVET PAK.....	114	VITRAKVI SOL 20MG/ML	44	XIGDUO XR TAB 10-500MG	61
VELPHORO CHW 500MG	91	VOLNEA TAB	114	XIGDUO XR TAB 10-1000	61
VENCLEXTA TAB 10MG.....	44	VORICONAZOLE SUS 40MG/ML	35	XOLAIR INJ 75/0.5.....	144
VENCLEXTA TAB 50MG.....	44	VORICONAZOLE TAB 50MG	36	XOLAIR INJ 75/0.5.....	144
VENCLEXTA TAB 100MG	44	VORICONAZOLE TAB 200MG.....	35	XOLAIR INJ 150MG/ML	144
VENCLEXTA TAB START PK.....	44	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	50	XOLAIR INJ 150MG/ML	144
VENLAFAXINE CAP 375 ER.....	32	VRAYLAR CAP 1.5MG	50	XOLAIR INJ 300/2ML	144
VENLAFAXINE CAP 75MG ER.....	32	VRAYLAR CAP 3MG	50	XOLAIR INJ 300/2ML	144
VENLAFAXINE CAP 150MG ER.....	32	VRAYLAR CAP 4.5MG	50	XOSPATA TAB 40MG	44
VENLAFAXINE TAB 25MG	32	VRAYLAR CAP 6MG	50	XTAMPZA ER CAP 9MG	16
VENLAFAXINE TAB 375MG.....	32	VYFEMLA TAB 0.4-35.....	114	XTAMPZA ER CAP 13.5MG	16
VENLAFAXINE TAB 50MG	33	VYLIBRA TAB 0.25-35.....	114	XTAMPZA ER CAP 18MG	16
VENLAFAXINE TAB 75MG	33	WARFARIN TAB 1MG	64	XTAMPZA ER CAP 27MG.....	16
VENLAFAXINE TAB 100MG.....	32	WARFARIN TAB 2.5MG	64	XTAMPZA ER CAP 36MG.....	16
VENTAVIS SOL 10MCG/ML.....	144	WARFARIN TAB 2MG.....	64	XTANDI CAP 40MG	44
VENTAVIS SOL 20MCG/ML	144	WARFARIN TAB 3MG.....	64	XTANDI TAB 40MG.....	44
VENTOLIN HFA AER	144	WARFARIN TAB 4MG.....	64	XTANDI TAB 80MG.....	44
VERAPAMIL CAP 100MG ER.....	80	WARFARIN TAB 5MG.....	65	XULANE DIS 150-35	114
VERAPAMIL CAP 120MG ER.....	80	WARFARIN TAB 6MG.....	65	YESINTEK INJ 45/0.5ML	87
VERAPAMIL CAP 120MG SR.....	80	WARFARIN TAB 7.5MG	65	YESINTEK INJ 45/0.5ML	87
VERAPAMIL CAP 180MG ER.....	80	WARFARIN TAB 10MG.....	64	YESINTEK INJ 90MG/ML	87
VERAPAMIL CAP 180MG SR.....	80	WERA TAB 0.5/35	114	YOSPRALA TAB 81-40MG	65
VERAPAMIL CAP 200MG ER	80	WESNATAL DHA PAK COMPLETE	91	YOSPRALA TAB 325-40MG.....	65
VERAPAMIL CAP 240MG ER.....	80	WESTAB PLUS TAB 27-1MG.....	91	YUVAFEM TAB 10MCG.....	114

ZAFEMY DIS 150/35	114
ZAFIRLUKAST TAB 10MG	144
ZAFIRLUKAST TAB 20MG	144
ZAPELON CAP 5MG	145
ZAPELON CAP 10MG	145
ZARXIO INJ 300/0.5	65
ZARXIO INJ 480/0.8	65
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	61
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	61
ZELBORAF TAB 240MG	44
ZENATANE CAP 10MG	87
ZENATANE CAP 20MG	87
ZENATANE CAP 30MG	87
ZENATANE CAP 40MG	87
ZENPEP CAP 3000UNIT	96
ZENPEP CAP 5000UNIT	96
ZENPEP CAP 10000UNIT	96
ZENPEP CAP 15000UNIT	96
ZENPEP CAP 20000UNIT	96
ZENPEP CAP 25000UNIT	96
ZENPEP CAP 40000UNIT	96
ZENPEP CAP 60000UNIT	96
ZIDOVUDINE CAP 100MG	53
ZIDOVUDINE SYP 50MG/5ML	53
ZIDOVUDINE TAB 300MG	53
ZILEUTON ER TAB 600MG	144
ZIPRASIDONE CAP 20MG	50
ZIPRASIDONE CAP 40MG	50
ZIPRASIDONE CAP 60MG	50
ZIPRASIDONE CAP 80MG	50
ZIRGAN GEL 0.15%	136
ZOLINZA CAP 100MG	44
ZOLMITRIPTAN SPR 2.5MG	37
ZOLMITRIPTAN SPR 5MG	37
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG	37
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5MG	37
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG	37
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG ODT	37
ZOLPIDEM ER TAB 6.25MG	146
ZOLPIDEM ER TAB 12.5MG	145
ZOLPIDEM TAB 5MG	146
ZOLPIDEM TAB 10MG	146
ZONISAMIDE CAP 25MG	27
ZONISAMIDE CAP 50MG	27
ZONISAMIDE CAP 100MG	27
ZOVIA 1/35 TAB	114
ZUBSOLV SUB 0.7-0.18	18
ZUBSOLV SUB 1.4-0.36	18
ZUBSOLV SUB 2.9-0.71	18
ZUBSOLV SUB 5.7-1.4	18
ZUBSOLV SUB 8.6-2.1	18
ZUBSOLV SUB 11.4-2.9	18
ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG	114
ZYKADIA TAB 150MG	44
ZYLET SUS 0.5-0.3%	136

Language Assistance Services

1-877-265-9199, TTY 711

English: Translation services and interpreters are available at no cost to you. If you need help, please call the number above or the Member Services number on your health plan ID card.

Spanish: Hay servicios de traducción e interpretación disponibles sin costo para usted. Si necesita ayuda, llame al número anterior o al número de Servicios para Miembros que figura en la tarjeta de identificación de su plan de salud.

Chinese: 翻译服务和口译员免费供您使用。如果您需要帮助，请拨打上述号码或拨打您健康计划 ID 卡上的会员服务号码。

Vietnamese: Dịch vụ dịch thuật và thông dịch viên được cung cấp miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số ở trên hoặc số bộ phận Dịch vụ Thành viên trên thẻ ID chương trình sức khỏe của quý vị.

Korean: 번역 서비스와 통역사는 비용 부담 없이 이용하실 수 있습니다. 도움이 필요하신 경우, 전술한 번호 또는 의료 플랜 ID 카드에 기재된 가입자 서비스 번호로 전화하십시오.

Arabic: تتوفر خدمات الترجمة والمترجمون الفوريون لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، فيُرجى الاتصال بالرقم أعلاه أو رقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة معرف الخطة الصحية الخاصة بك.

French Creole: Sèvis tradiksyon ak entèprèt disponib pou ou gratis. Si w bezwen èd, tanpri rele nimewo ki anwo a oswa nimewo Sèvis Manm ki sou kat idantite (ID) plan sante w la.

Tagalog: Ang mga serbisyo sa pagsasalin at mga tagapagsalin ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ng tulong, mangyaring tawagan ang numero sa itaas o ang numero ng mga Serbisyo sa Miyembro na nasa iyang ID kard ng planong pangkalusugan.

French: Les services de traduction et d'interprétation vous sont fournis gratuitement. Si vous avez besoin d'aide, veuillez appeler le numéro ci-dessus ou le numéro de services aux membres figurant sur votre carte d'assurance maladie.

Russian: Вам доступны бесплатные услуги перевода и устные переводчики. Если вам нужна помощь, позвоните по указанному выше номеру или по номеру отдела обслуживания участников, указанному на вашей идентификационной карте программы страхования здоровья.

Polish: Mogą Państwo bezpłatnie skorzystać z usługi tłumaczenia pisemnego lub ustnego. Jeśli potrzebują Państwo pomocy, należy zadzwonić pod numer podany powyżej lub numer usług dla członków podany na karcie identyfikacyjnej członka planu ubezpieczenia zdrowotnego.



German: Übersetzungsdienste und Dolmetscher stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie bitte die oben genannte Nummer oder die Nummer des Mitgliederservices auf Ihrer Versichertenkarte an.

Gujarati: અનુવાદ સેવાઓ અને દુભાષિયા તમારા માટે નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. જો તમને મદદની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને ઉપરના નંબર પર અથવા તમારા હેલ્થ પ્લાન આઈડી કાર્ડ પરના સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કૉલ કરો.

Urdu: آپ کے لیے بغیر کسی فیس یا اخراجات کے ترجمہ کی خدمات اور ترجمان دستیاب ہیں۔ اگر آپ کو مدد کی ضرورت ہو، تو برائے مہربانی اوپر دیئے گئے نمبر یا اپنے ہیلتھ پلان آئی ڈی کارڈ پر موجود Member Services کے نمبر پر کال کریں۔

Portuguese: Você tem à disposição serviços gratuitos de tradução e intérpretes. Caso precise de ajuda, ligue para o número acima ou para o número de Atendimento a Membros exibido em seu cartão de identificação do plano de saúde.

Japanese: 翻訳サービスと通訳サービスを利用できます。サポートが必要な場合は、上記の電話番号か、保険プラン ID カードのメンバーサービス番号に電話してください。

Hindi: अनुवाद सेवाएँ और दुभाषिए आपके लिए नि:शुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया अपने स्वास्थ्य योजना आईडी कार्ड पर ऊपर दिए गए नंबर या सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें।

Persian: خدمات ترجمه کتبی و شفاهی به صورت رایگان برای شما فراهم است. اگر به کمک نیاز دارید، با شماره تلفن بالا یا شماره تلفن خدمات مشتری درج شده روی کارت شناسایی برنامه درمانی خود تماس بگیرید.

Amharic: የትርጉም አገልግሎቶች እና አስተርጓሚዎች ለእርስዎ ያለ ምንም ወጪ ይገኛሉ። እርዳታ ከፈለጉ፣ እባክዎን ከላይ ባለው ቁጥር ወይም በጤና እቅድ መታወቂያ ካርድዎ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎት ቁጥር ይደውሉ።

Italian: Sono disponibili gratuitamente servizi di traduzione e interpreti. Se hai bisogno di aiuto, chiama il numero sopra oppure il numero di assistenza presente sulla tua tessera sanitaria.

Pennsylvania Dutch: Wann du Deutsch schwetzscht un Druwwel hoscht fer Englisch verschtehe, kenne mer epper beigriege fer dich helfe unni as es dich ennich eppes koschte zeelt. Wann du Hilf brauchscht, ruf die Nummer drowwe uff odder die Nummer fer Member Services as uf dei Health Plan ID Card is.

Navajo: Naaltsoos hazaad bee hadilnééh bee áka'anída'awo'í dóó ata' dahalne'í t'áá jiik'eh ná hóló. Shika'adoowoł nínízingo, t'áá shqódi hódahdi námboo biki'ágíí doodago Bit Ha'dít'éhí Bika'aná'awo' nits'íis bee ha'dít'éhí ID ninaaltsoos nítł'izí baqah námboo biki'ágíí bee hodílnih.

Aviso antidiscriminación

La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales y los rasgos intersexuales; el embarazo o afecciones relacionadas; la orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos de sexo.

Si considera que recibió un trato injusto por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Correo postal: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UTAH 84130

Correo electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito **1-877-265-9199** o al número gratuito que se encuentra en la tarjeta de ID del plan de salud (TTY/RTT **711**).

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

En línea: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>

Teléfono: números gratuitos **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Correo postal: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Ofrecemos asistencia y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lengua de señas estadounidense
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)

También ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito **1-877-265-9199** o al número gratuito que se encuentra en la tarjeta de ID del plan de salud (TTY/RTT **711**).

Este aviso está disponible en <https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>.





La cobertura de planes médicos Individuales y Familiares de UnitedHealthcare es ofrecida por UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization Incorporated en CO; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company en AL, IN, KS, LA, MO, NE, NH, NJ, NY, OR, SD, TN y WY; Optimum Choice, Inc. en MD y VA; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Midlands, Inc. en ND; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of South Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc. en WA; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc. y UnitedHealthcare Plan of the River Valley en Iowa. UnitedHealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas proporcionan los servicios administrativos.