New Mexico
Planes Individuales y Familiares

Lista de Medicamentos con Receta 2027

Con vigencia desde el 1 de enero de 2027

United Healthcare®

UHCNM.PDL.2027

Índice

Analgésicos 10
Anestésicos 16
Antiadictivos o agentes para el tratamiento del abuso de sustancias 16
Antibacterianos 18
Antiepilépticos 24
Agentes antidemencia 29
Antidepresivos 30
Antieméticos 34
Antimicóticos 35
Agentes antigotosos 37
Agentes antimigrañosos 37
Agentes antimiasténicos 39
Antimicobacterianos 39
Antineoplásicos 40
Antipsicóticos 48
Agentes antiespásticos 52
Antivirales 52
Ansiolíticos 56
Agentes bipolares 58
Reguladores de la glucosa en la sangre 58
Hemoderivados y modificadores 63
Agentes cardiovasculares 67
Agentes para el sistema nervioso central 83
Agentes dentales y bucales 87
Agentes dermatológicos 87
Electrolitos, minerales, metales o vitaminas 93
Agentes gastrointestinales 98
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento 103
Agentes genitourinarios 104
Agentes hormonales, estimulantes, de reemplazo o modificadores (suprarrenales) 105
Agentes hormonales, estimulantes, de reemplazo o modificadores (pituitaria) 107
Agentes hormonales, estimulantes, de reemplazo o modificadores (hormonas sexuales o modificadores) 108
Agentes hormonales, estimulantes, de reemplazo o modificadores (tiroides) 119
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria) 124

Agentes hormonales, supresores (tiroides) 125
Agentes inmunológicos 125
Agentes para enfermedades intestinales inflamatorias 135
Agentes para la osteopatía metabólica 136
Agentes terapéuticos varios 137
Agentes oftálmicos 142
Agentes óticos 146
Agentes pulmonares o del tracto respiratorio 147
Relajantes de músculos esqueléticos 155
Agentes para trastornos del sueño 155

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 cubre 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 cuidado de la salud 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 cuidado de la salud. 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 cuidado de la salud 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. Ciertos medicamentos pueden no estar cubiertos si su plan cubre otros medicamentos para su afección. Hable con su proveedor de cuidado de la salud. 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 cuidado de la salud 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 (PA), la terapia escalonada (ST) y los límites de cantidad (QL). 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**. Para obtener más información sobre los límites de cantidad, visite: **https://welcome.optumrx.com/rxexternal/external-prescription-drug-list?type=ClientFormulary&var=GPX626NM&infoid=GPX626NM&page=insert&par=**

PA	**Se requiere preautorización**
	Su proveedor de cuidado de la salud 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**
	Una restricción en la cantidad de medicamento cubierta por su plan.
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 cuidado de la salud le receta más de esta cantidad o considera que el límite no es adecuado para su situación, usted o su proveedor de cuidado de la salud 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.
GLP-1	**Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)**
	Su plan cubre un suministro para 3 meses de un medicamento GLP-1 después de que usted haya surtido 2 suministros separados, cada uno para 1 mes. Excepción: Los miembros nuevos pueden recibir un suministro para 3 meses de un medicamento GLP-1 después de surtir al menos un suministro para 2 meses durante los primeros 90 días de cobertura.

¿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.

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

- Aspirina para prevenir la preeclampsia durante el embarazo.
- Anticonceptivos.
- Preparación intestinal para una colonoscopia necesaria para el examen de detección de cáncer de colon.
- Medicamentos preventivos para el cáncer de seno.
- Fluoruro para prevenir caries dentales.
- Ácido fólico para prevenir defectos congénitos.
- Medicamentos preventivos para la conjuntivitis gonocócica del recién nacido.
- Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Estatinas para prevenir eventos cardiovasculares.
- Medicamentos para dejar de consumir tabaco, para ayudarle a dejar de fumar.
- Vacunas.

Seguimos las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos y de la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

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 sólo si se cumplen determinados requisitos. Como se indica en esta lista, es posible que necesitemos que su proveedor de cuidado de la salud 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 cuidado de la salud 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 cuidado de la salud 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 cuidado de la salud 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 (MME) establecido.
- No aparecen en la PDL (también llamados medicamentos excluidos del formulario).
- Pueden estar cubiertos 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 cuidado de la salud para presentar una solicitud. Los proveedores de cuidado de la salud pueden presentar una solicitud de las siguientes maneras:

- En línea: **professionals.optumrx.com/prior-authorization.html**
- 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 cuidado de la salud y le solicitará información adicional.

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

Usted y su proveedor de cuidado de la salud pueden obtener más información y consultar los criterios clínicos en **uhcprovider.com/exchange**.

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 cuidado de la salud me receta un medicamento de marca?

Si el proveedor de cuidado de la salud 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 PDL

La PDL le ofrece opciones para que usted y su proveedor de cuidado de la salud 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 condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una infección se indican, por lo general, en la categoría Antibacterianos. 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 ala página que se encuentra en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Tienes 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 vigente de medicamentos cubiertos.
- Buscar una farmacia de la red por código postal.
- Obtener información sobre la entrega a domicilio.
- Buscar posibles alternativas de medicamentos de menor costo.
- Comparar precios y opciones de medicamentos.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
Analgésicos						
APAP-CAFFEIN CAP DIHYDROC	ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHYDROCODEINE 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 300-15MG	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 300-30MG	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
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**				PRV
ASPIRIN LOW TAB 81MG EC	ASPIRIN TAB DELAYED RELEASE 81 MG	**Nivel 1**				PRV
ASPIRIN LOW TAB 81MG EC	ASPIRIN TAB DELAYED RELEASE 81 MG	**Nivel 1**				PRV
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/ASA/CAF/CAP CODEINE	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFF W/CODEINE CAP 50-325-40-30 MG	**Nivel 3**		X		MME/7D
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**				
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
- **PRV*** ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
- **GLP-1** ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 TAB 400MG	ETODOLAC TAB 400 MG	Nivel 2				
ETODOLAC TAB 500MG	ETODOLAC TAB 500 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				
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		
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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	
HYDRO/APAP SOL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN SOLN 10-300 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	
HYDROMORPHON TAB 32MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER 24HR 32 MG	Nivel 3	X	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 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
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

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 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				
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				
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
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

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
- **PRV*** ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
- **GLP-1** ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
OXYCODONE CAP 5MG	OXYCODONE HCL CAP 5 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				PRV
SULINDAC TAB 150MG	SULINDAC TAB 150 MG	Nivel 2				
SULINDAC TAB 200MG	SULINDAC TAB 200 MG	Nivel 2				
TRAMADL/APAP TAB 37.5-325	TRAMADOL-ACETAMINOPHEN TAB 37.5-325 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

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 ABUSEDETERRENT 13.5 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 18MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 18 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 27MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 27 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 36MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 36 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XTAMPZA ER CAP 9MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 9 MG	Nivel 5	X	X		MME/7D
XYVONA TAB 2MG	LEVORPHANOL TARTRATE TAB 2 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
XYVONA TAB 3MG	LEVORPHANOL TARTRATE TAB 3 MG	Nivel 3	X	X		MME/7D
Anestésicos						
ETHY ALCOHOL SOL 70% RUB	ALCOHOL, RUBBING 70%	Nivel 1				
GLYDO GEL 2%	LIDOCAINE HCL URETHRAL/MUCOSAL GEL PREFILLED SYRINGE 2%	Nivel 2				
ISOP ALCOHOL SOL 70% RUB	ISOPROPYL ALCOHOL 70%	Nivel 1				
LIDO/PRILOCN CRE 2.5-2.5%	LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM 2.5-2.5%	Nivel 2				
LIDOCAINE DIS 5% PATCH	LIDOCAINE PATCH 5%	Nivel 3	X	X		
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	LIDOCAINE HCL URETHRAL/MUCOSAL GEL 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE GEL 2% JELLY	LIDOCAINE HCL URETHRAL/MUCOSAL GEL PREFILLED SYRINGE 2%	Nivel 2				
LIDOCAINE SOL 4%	LIDOCAINE HCL SOLN 4%	Nivel 3				
Antiadictivos o agentes para el tratamiento del abuso de sustancias						
ACAMPRO CAL TAB 333MG	ACAMPROSATE CALCIUM TAB DELAYED 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				
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 DETERRENT) TAB ER 12HR 150 MG	Nivel 1				PRV & BH
DISULFIRAM TAB 250MG	DISULFIRAM TAB 250 MG	Nivel 1				
DISULFIRAM TAB 500MG	DISULFIRAM TAB 500 MG	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				
NALOXONE HCL INJ 0.4MG/ML	NALOXONE HCL SOLN PREFILLED SYRINGE 0.4 MG/ML	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 SPR 4MG	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG/0.1ML	Nivel 1				
NALOXONE HCL 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				PRV & BH
NICODERM CQ DIS 21MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 21 MG/24HR	Nivel 1				PRV & BH
NICODERM CQ DIS 7MG/24HR	NICOTINE TD PATCH 24HR 7 MG/24HR	Nivel 1				PRV & BH
NICORETTE GUM 2MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	Nivel 1				PRV & BH
NICORETTE GUM 4MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 4 MG	Nivel 1				PRV & BH
NICORETTE LOZ 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 2 MG	Nivel 1				PRV & BH
NICORETTE LOZ 4MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 4 MG	Nivel 1				PRV & BH
NICOTINE DIS 7MG/24HR	NICOTINE TD PATCH 24HR 7 MG/24HR	Nivel 1				PRV & BH
NICOTINE GUM 2MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	Nivel 1				PRV & BH
NICOTINE GUM 4MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 4 MG	Nivel 1				PRV & BH
NICOTINE LOZ 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 2 MG	Nivel 1				PRV & 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
- **PRV*** ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
- **GLP-1** ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NICOTINE LOZ 4MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 4 MG	Nivel 1				PRV & BH
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	NICOTINE TD PATCH 24 HR KIT 21-14-7 MG/24HR	Nivel 1				PRV & BH
NICOTINE TD DIS 14MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 14 MG/24HR	Nivel 1				PRV & BH
NICOTINE TD DIS 21MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 21 MG/24HR	Nivel 1				PRV & BH
NICOTROL NS SPR 10MG/ML	NICOTINE NASAL SPRAY 10 MG/ML (0.5 MG/SPRAY)	Nivel 1				PRV & BH
OPVEE SPR 2.7/0.1	NALMEFENE HCL NASAL SPRAY 2.7 MG/0.1ML (BASE EQUIV)	Nivel 5				BH*
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				PRV & BH
VARENICLINE TAB 0.5& 1MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 11 X 0.5 MG & 42 X 1 MG START PACK	Nivel 1				PRV & BH
VARENICLINE TAB 0.5MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				PRV & BH
VARENICLINE TAB 1MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1				PRV & BH
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				
Antibacterianos						
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				
AMOX/K CLAV SUS 600/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 600-42.9 MG/5ML	Nivel 2				
AMOX/K CLAV TAB 250-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 250-125 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 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 250MG	AZITHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 2				STI*
AZITHROMYCIN TAB 500MG	AZITHROMYCIN TAB 500 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	DELAFLOXACIN MEGLUMINE TAB 450 MG (BASE EQUIV)	Nivel 5				
CEFACLOR CAP 250MG	CEFACLOR CAP 250 MG	Nivel 2				
CEFACLOR CAP 500MG	CEFACLOR CAP 500 MG	Nivel 2				
CEFACLOR ER TAB 500MG	CEFACLOR MONOHYDRATE TAB ER 12HR 500 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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					
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					
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 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					

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
- **PRV*** ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
- **GLP-1** ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CLARITHROMYC TAB 500MG ER	CLARITHROMYCIN TAB ER 24HR 500 MG	Nivel 3				
CLINDACIN-P PAD 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SWAB 1%	Nivel 2		X		
CLINDAMYCIN CAP 150MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 150 MG	Nivel 2				STI*
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 MIS 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SWAB 1%	Nivel 2		X		
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 150MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 150 MG	Nivel 2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 50 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*
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*
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*

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 BS	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG	Nivel 3				STI*
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 BS	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				
HYDROGEN PER SOL 3%	HYDROGEN PEROXIDE SOLN 3%	Nivel 1				
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		
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
MINOCYCLINE CAP 75MG	MINOCYCLINE HCL CAP 75 MG	Nivel 2					
MOXIFLOXACIN TAB 400MG	MOXIFLOXACIN HCL TAB 400 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2				STI*	
NEOMYCIN TAB 500MG	NEOMYCIN SULFATE TAB 500 MG	Nivel 2					
NITROFUR MAC CAP 100MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE CAP 100 MG	Nivel 3					
NITROFUR MAC CAP 25MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE CAP 25 MG	Nivel 3		X			
NITROFUR MAC CAP 50MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE 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					
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*	
SMZ/TMP DS TAB 800-160	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 800-160 MG	Nivel 2				STI*	
SULFACETAMID LOT 10%	SULFACETAMIDE SODIUM LOTION 10% (ACNE)	Nivel 3					
SULFADIAZINE TAB 500MG	SULFADIAZINE TAB 500 MG	Nivel 3					
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					

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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			
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 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					
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*	
Antiepilépticos							
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 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*	
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			

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
DIACOMIT CAP 250MG	STIRIPENTOL CAP 250 MG	Nivel 6	X	X		
DIACOMIT CAP 500MG	STIRIPENTOL CAP 500 MG	Nivel 6	X	X		
DIACOMIT PAK 250MG	STIRIPENTOL PACKET 250 MG	Nivel 6	X	X		
DIACOMIT PAK 500MG	STIRIPENTOL PACKET 500 MG	Nivel 6	X	X		
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 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*
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*
ESLICARBAZEP TAB 200MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 200 MG	Nivel 3	X	X		
ESLICARBAZEP TAB 400MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 400 MG	Nivel 3	X	X		
ESLICARBAZEP TAB 600MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 600 MG	Nivel 3	X	X		
ESLICARBAZEP TAB 800MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 800 MG	Nivel 3	X	X		
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
- **PRV*** ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
- **GLP-1** ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
FELBAMATE TAB 400MG	FELBAMATE TAB 400 MG	**Nivel 3**				
FELBAMATE TAB 600MG	FELBAMATE TAB 600 MG	**Nivel 3**				
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 SOL 300/6ML	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*
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 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*

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 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*
PERAMPANEL SUS 0.5MG/ML	PERAMPANEL SUSP 0.5 MG/ML	Nivel 3	X	X		
PHENOBARB ELX 20MG/5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR 20 MG/5ML	Nivel 2				BH*
PHENOBARB ELX 20MG/5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR 20 MG/5ML	Nivel 2				BH*
PHENOBARB ELX 30/7.5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR 20 MG/5ML	Nivel 2				BH*
PHENOBARB ELX 60/15ML	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*
PHENYTOIN SUS 125/5ML	PHENYTOIN SUSP 125 MG/5ML	Nivel 2				BH*
PHENYTOIN SUS 125/5ML	PHENYTOIN SUSP 125 MG/5ML	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	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*
PREGABALIN CAP 100MG	PREGABALIN CAP 100 MG	Nivel 2		X		BH*
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*
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				
ROWEEPRA 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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ZONISAMIDE CAP 25MG	ZONISAMIDE CAP 25 MG	Nivel 2				
ZONISAMIDE CAP 50MG	ZONISAMIDE CAP 50 MG	Nivel 2				
Agentes antidemencia						
DONEPEZIL TAB 10MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE TAB 10 MG	Nivel 2		X		
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		
ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL	ERGOLOID MESYLATES TAB 1 MG	Nivel 3				
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 SOL 10MG/5ML	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 HCL 10MG	MEMANTINE HCL TAB 10 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		
MEMANTINE TAB HCL 5MG	MEMANTINE HCL TAB 5 MG	Nivel 2		X		
MEMANTINE HC SOL 2MG/ML	MEMANTINE HCL ORAL SOLUTION 2 MG/ML	Nivel 3		X		
RIVASTIGMINE CAP 1.5MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 1.5 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
Antidepresivos						
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-AMITRIPTYLINE TAB 10-25 MG	Nivel 1				
CDP/AMITRIP TAB 5-12.5MG	CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE TAB 5-12.5 MG	Nivel 1				
CITALOPRAM SOL 10MG/5ML	CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL SOLN 10 MG/5ML	Nivel 1				
CITALOPRAM SOL 20/10ML	CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL SOLN 10 MG/5ML	Nivel 1				
CITALOPRAM TAB 10MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 10 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
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				
DULOXETINE CAP 20MG DR	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 20 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
DULOXETINE CAP 30MG DR	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 30 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
DULOXETINE CAP 60MG DR	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 60 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		
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 10/10ML	ESCITALOPRAM OXALATE SOLN 5 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 1				
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
- **PRV*** ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
- **GLP-1** ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 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				
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 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				
QUETIAPINE TAB 150MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 150 MG	Nivel 1		X		
SERTRALINE CON 20MG/ML	SERTRALINE HCL ORAL CONCENTRATE FOR SOLUTION 20 MG/ML	Nivel 1				
SERTRALINE TAB 100MG	SERTRALINE HCL TAB 100 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SERTRALINE TAB 25MG	SERTRALINE HCL TAB 25 MG	Nivel 1				
SERTRALINE TAB 50MG	SERTRALINE HCL TAB 50 MG	Nivel 1				
TRANYLCYPROM TAB 10MG	TRANYLCYPROMINE 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 37.5 ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER 24HR 37.5 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 37.5MG	VENLAFAXINE HCL TAB 37.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
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		
Antieméticos						
APREPITANT CAP 125 & 80	APREPITANT CAPSULE THERAPY PACK 80 & 125 MG	Nivel 3		X		
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		
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				
ONDANSETRON SOL 4MG/5ML	ONDANSETRON HCL ORAL SOLN 4 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
PROCHLORPER TAB 10MG	PROCHLORPERAZINE MALEATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
PROCHLORPER TAB 5MG	PROCHLORPERAZINE MALEATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1				
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 6.25/5ML	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 SUP 12.5MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 12.5 MG	Nivel 3		X		
PROMETHAZINE SUP 25MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 25 MG	Nivel 3		X		
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				
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		
Antimicóticos						
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*

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
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		
MICONAZOLE 3 SUP 200MG	MICONAZOLE NITRATE VAGINAL 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		
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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			
VORICONAZOLE TAB 50MG	VORICONAZOLE TAB 50 MG	**Nivel 3**		X			
Agentes antigotosos							
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			
FEBUXOSTAT TAB 80MG	FEBUXOSTAT TAB 80 MG	**Nivel 2**		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**					
Agentes antimigrañosos							
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			

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
NARATRIPTAN TAB 2.5MG	NARATRIPTAN HCL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X		
QULIPTA TAB 10MG	ATOGEPANT TAB 10 MG	Nivel 5	X	X		
QULIPTA TAB 30MG	ATOGEPANT TAB 30 MG	Nivel 5	X	X		
QULIPTA TAB 60MG	ATOGEPANT TAB 60 MG	Nivel 5	X	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 SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 4 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6/0.5ML	SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6/0.5ML	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/.5ML	SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/.5ML	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION 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 SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML	Nivel 3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 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		
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				
UBRELVY TAB 100MG	UBROGEPANT TAB 100 MG	Nivel 5	X	X		
UBRELVY TAB 50MG	UBROGEPANT TAB 50 MG	Nivel 5	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 DISINTEGRATING 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 DISINTEGRATING TAB 5 MG	Nivel 3		X	X	
Agentes antimiasténicos						
PYRIDOSTIGM TAB 60MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE TAB 60 MG	Nivel 2				
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				
Antimicobacterianos						
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
RIFAMPIN CAP 300MG	RIFAMPIN CAP 300 MG	**Nivel 2**					
TRECATOR TAB 250MG	ETHIONAMIDE TAB 250 MG	**Nivel 3**					
Antineoplásicos							
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**				PRV*	$0 de copago para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de cuidado de la salud confirme 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			
BRUKINSA TAB 160MG	ZANUBRUTINIB TAB 160 MG	**Nivel 4**	X	X			
CALQUENCE TAB 100MG	ACALABRUTINIB MALEATE TAB 100 MG	**Nivel 4**	X	X			
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			
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			

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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			
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			
ERLOTINIB TAB 150MG	ERLOTINIB HCL TAB 150 MG (BASE EQUIVALENT)	**Nivel 4**		X			
ERLOTINIB TAB 25MG	ERLOTINIB HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	**Nivel 4**		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			
EXEMESTANE TAB 25MG	EXEMESTANE TAB 25 MG	**Nivel 3**				PRV*	$0 de copago para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de cuidado de la salud confirme que el medicamento es para prevenir el cáncer de mama.
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			
HYCAMTIN CAP 0.25MG	TOPOTECAN HCL CAP 0.25 MG (BASE EQUIV)	**Nivel 6**	X	X			
HYCAMTIN CAP 1MG	TOPOTECAN HCL CAP 1 MG (BASE EQUIV)	**Nivel 6**	X	X			
HYDROXYUREA CAP 500MG	HYDROXYUREA CAP 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
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		
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 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		
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		
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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			
LETROZOLE TAB 2.5MG	LETROZOLE TAB 2.5 MG	**Nivel 2**				PRV*	$0 de copago para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de cuidado de la salud 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**					
LOMUSTINE CAP 100MG	LOMUSTINE CAP 100 MG	**Nivel 6**					
LOMUSTINE CAP 10MG	LOMUSTINE CAP 10 MG	**Nivel 6**					
LOMUSTINE CAP 40MG	LOMUSTINE CAP 40 MG	**Nivel 6**					
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			
LYSODREN TAB 500MG	MITOTANE TAB 500 MG	**Nivel 5**					
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**					

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
POMALIDOMIDE CAP 1MG	POMALIDOMIDE CAP 1 MG	Nivel 6	X	X		
POMALIDOMIDE CAP 2MG	POMALIDOMIDE CAP 2 MG	Nivel 6	X	X		
POMALIDOMIDE CAP 3MG	POMALIDOMIDE CAP 3 MG	Nivel 6	X	X		
POMALIDOMIDE 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		
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		
SUNITINIB CAP 37.5MG	SUNITINIB MALATE CAP 37.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 6	X	X		
SUNITINIB CAP 50MG	SUNITINIB MALATE CAP 50 MG (BASE EQUIVALENT)	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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
TAMOXIFEN TAB 10MG	TAMOXIFEN CITRATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	**Nivel 2**					
TAMOXIFEN TAB 20MG	TAMOXIFEN CITRATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	**Nivel 2**				PRV*	$0 de copago para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de cuidado de la salud 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 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			

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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 EQUIVALENT)	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			
Antiparasitarios							
ALBENDAZOLE TAB 200MG	ALBENDAZOLE TAB 200 MG	Nivel 3		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					
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			
HYDROXYCHLOR TAB 100MG	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TAB 100 MG	Nivel 2		X			
HYDROXYCHLOR TAB 200MG	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TAB 200 MG	Nivel 2		X			
IVERMECTIN TAB 3MG	IVERMECTIN TAB 3 MG	Nivel 2	X	X		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			
PRAZIQUANTEL TAB 600MG	PRAZIQUANTEL TAB 600 MG	Nivel 3					
PRIMAQUINE TAB 26.3MG	PRIMAQUINE PHOSPHATE TAB 26.3 MG (15 MG BASE)	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
PYRIMETHAMIN TAB 25MG	PYRIMETHAMINE TAB 25 MG	Nivel 6	X				
QUININE SULF CAP 324MG	QUININE SULFATE CAP 324 MG	Nivel 3					
Agentes antiparkinsonianos							
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 TAB 10-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100 MG	Nivel 3					
CARB/LEVO TAB 10-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 10-100 MG	Nivel 2					
CARB/LEVO TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100 MG	Nivel 3					
CARB/LEVO TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-100 MG	Nivel 2					
CARB/LEVO TAB 25-250MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250 MG	Nivel 3					
CARB/LEVO TAB 25-250MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-250 MG	Nivel 2					
CARB/LEVO 50 TAB / ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TABS 12.5-50-200 MG	Nivel 3					
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/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*	

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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					
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			
TRIHEXYPHEN SOL 0.4MG/ML	TRIHEXYPHENIDYL HCL ORAL SOLN 0.4 MG/ML	Nivel 2				BH*	
TRIHEXYPHEN TAB 2MG	TRIHEXYPHENIDYL HCL TAB 2 MG	Nivel 2				BH*	
TRIHEXYPHEN TAB 5MG	TRIHEXYPHENIDYL HCL TAB 5 MG	Nivel 2				BH*	
Antipsicóticos							
ARIPIPRAZOLE SOL 1MG/ML	ARIPIPRAZOLE ORAL SOLUTION 1 MG/ML	Nivel 1		X			
ARIPIPRAZOLE TAB 10MG	ARIPIPRAZOLE TAB 10 MG	Nivel 1		X			
ARIPIPRAZOLE TAB 15MG	ARIPIPRAZOLE TAB 15 MG	Nivel 1		X			
ARIPIPRAZOLE TAB 20MG	ARIPIPRAZOLE TAB 20 MG	Nivel 1		X			
ARIPIPRAZOLE TAB 2MG	ARIPIPRAZOLE TAB 2 MG	Nivel 1		X			
ARIPIPRAZOLE TAB 30MG	ARIPIPRAZOLE TAB 30 MG	Nivel 1		X			
ARIPIPRAZOLE TAB 5MG	ARIPIPRAZOLE 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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
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		
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**				
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 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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
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 0.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 0.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
VRAYLAR CAP 0.75MG	CARIPRAZINE HCL CAP 0.75 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
VRAYLAR CAP 1.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 1.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
VRAYLAR CAP 3MG	CARIPRAZINE HCL CAP 3 MG (BASE EQUIVALENT)	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
VRAYLAR CAP 4.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 4.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		
VRAYLAR CAP 6MG	CARIPRAZINE HCL CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		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		
Agentes antiespásticos						
BACLOFEN TAB 10MG	BACLOFEN TAB 10 MG	Nivel 2				
BACLOFEN TAB 20MG	BACLOFEN TAB 20 MG	Nivel 2				
BACLOFEN TAB 5MG	BACLOFEN TAB 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				
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				
Antivirales						
ABACA/LAMIVU TAB 600-300	ABACAVIR SULFATE-LAMIVUDINE TAB 600-300 MG	Nivel 1		X		STI*
ABACAVIR SOL 20MG/ML	ABACAVIR SULFATE SOLN 20 MG/ML (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		STI*
ABACAVIR TAB 300MG	ABACAVIR SULFATE TAB 300 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		STI*
ACYCLOVIR CAP 200MG	ACYCLOVIR CAP 200 MG	Nivel 2				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				
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				
APTIVUS CAP 250MG	TIPRANAVIR CAP 250 MG	Nivel 1		X		STI*
ATAZANAVIR CAP 150MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 150 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
ATAZANAVIR CAP 200MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 200 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		STI*	
ATAZANAVIR CAP 300MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 300 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		STI*	
BARACLUDE SOL	ENTECAVIR ORAL SOLN 0.05 MG/ML	Nivel 1					
BIKTARVY TAB	BICTEGRAVIR-EMTRICITABINE-TENOFOVIR AF TAB 30-120-15 MG	Nivel 1		X		STI*	
BIKTARVY TAB	BICTEGRAVIR-EMTRICITABINE-TENOFOVIR AF TAB 50-200-25 MG	Nivel 1		X		STI*	
DARUNAVIR TAB 600MG	DARUNAVIR TAB 600 MG	Nivel 1		X		STI*	
DARUNAVIR TAB 800MG	DARUNAVIR TAB 800 MG	Nivel 1		X		STI*	
DESCOVY TAB 200/25MG	EMTRICITABINE-TENOFOVIR ALAFENAMIDE FUMARATE TAB 200-25 MG	Nivel 1		X		PRV & STI*	$0 de copago una vez que el proveedor de cuidado de la salud confirma que el medicamento es para prevenir el VIH como profilaxis de preexposición (PrEP) en personas con un mayor riesgo de infección por VIH.
DOVATO TAB 50-300MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM-LAMIVUDINE TAB 50-300 MG (BASE EQ)	Nivel 1		X		STI*	
EDURANT PED TAB 2.5MG	RILPIVIRINE HCL TAB FOR ORAL SUSP 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		STI*	
EFAVIR/EMTRI TAB TENOFOVI	EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR DF TAB 600-200-300 MG	Nivel 1		X		STI*	
EFAVIR/LAMIV TAB TENOFOVI	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 400-300-300 MG	Nivel 1		X		STI*	
EFAVIR/LAMIV TAB TENOFOVI	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 600-300-300 MG	Nivel 1		X		STI*	
EFAVIRENZ CAP 200MG	EFAVIRENZ CAP 200 MG	Nivel 1		X		STI*	
EFAVIRENZ CAP 50MG	EFAVIRENZ CAP 50 MG	Nivel 1		X		STI*	
EFAVIRENZ TAB 600MG	EFAVIRENZ TAB 600 MG	Nivel 1		X		STI*	
EMTR/TEN DF TAB 100-150	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 100-150 MG	Nivel 1		X		STI*	
EMTR/TEN DF TAB 133-200	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 133-200 MG	Nivel 1		X		STI*	
EMTR/TEN DF TAB 167-250	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 167-250 MG	Nivel 1		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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
EMTR/TENOFOV TAB 200-300	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 200-300 MG	**Nivel 1**		X		PRV & STI*	$0 de copago una vez que el proveedor de cuidado de la salud confirma que el medicamento es para prevenir el VIH como profilaxis de preexposición (PrEP) en personas con un mayor riesgo de infección por VIH.
EMTRIC/RILPI TAB TENOF DF	EMTRICITABINE-RILPIVIRINE-TENOFOVIR DF TAB 200-25-300 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
EMTRICITABIN CAP 200MG	EMTRICITABINE CAPS 200 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
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		STI*	
ETRAVIRINE TAB 200MG	ETRAVIRINE TAB 200 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
EVOTAZ TAB 300-150	ATAZANAVIR SULFATE-COBICISTAT TAB 300-150 MG (BASE EQUIV)	**Nivel 1**		X		STI*	
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*	
FOSAMPRENAVI TAB 700MG	FOSAMPRENAVIR CALCIUM TAB 700 MG (BASE EQUIV)	**Nivel 1**		X		STI*	
FUZEON INJ 90MG	ENFUVIRTIDE FOR INJ 90 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
GENVOYA TAB	ELVITEGRAV-COBIC-EMTRICITABTENOFOV AF TAB 150-150-200-10 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
INTELENCE TAB 25MG	ETRAVIRINE TAB 25 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
ISENTRESS POW 100MG	RALTEGRAVIR POTASSIUM PACKET FOR SUSP 100 MG (BASE EQUIV)	**Nivel 1**		X		STI*	
JULUCA TAB 50-25MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM-RILPIVIRINE HCL TAB 50-25 MG (BASE EQ)	**Nivel 1**		X		STI*	
LAGEVRIO CAP 200MG	MOLNUPIRAVIR CAP 200 MG	**Nivel 1**		X			
LAMIVUD/ZIDO TAB 150-300	LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TAB 150-300 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
LAMIVUDINE SOL 10MG/ML	LAMIVUDINE ORAL SOLN 10 MG/ML	**Nivel 1**		X		STI*	
LAMIVUDINE SOL 300/30ML	LAMIVUDINE ORAL SOLN 10 MG/ML	**Nivel 1**		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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LAMIVUDINE TAB 100MG	LAMIVUDINE TAB 100 MG (HBV)	Nivel 1				
LAMIVUDINE TAB 150MG	LAMIVUDINE TAB 150 MG	Nivel 1		X		STI*
LAMIVUDINE TAB 300MG	LAMIVUDINE TAB 300 MG	Nivel 1		X		STI*
LEDIP-SOFOSB TAB 90-400MG	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR TAB 90-400 MG	Nivel 1	X	X		
LOPIN/RITON TAB 100-25MG	LOPINAVIR-RITONAVIR TAB 100-25 MG	Nivel 1		X		STI*
LOPIN/RITON TAB 200-50MG	LOPINAVIR-RITONAVIR TAB 200-50 MG	Nivel 1		X		STI*
MARAVIROC TAB 150MG	MARAVIROC TAB 150 MG	Nivel 1		X		STI*
MARAVIROC TAB 300MG	MARAVIROC TAB 300 MG	Nivel 1		X		STI*
NEVIRAPINE SUS 50MG/5ML	NEVIRAPINE SUSP 50 MG/5ML	Nivel 1		X		STI*
NEVIRAPINE TAB 200MG	NEVIRAPINE TAB 200 MG	Nivel 1		X		STI*
NEVIRAPINE TAB 400MG ER	NEVIRAPINE TAB ER 24HR 400 MG	Nivel 1		X		STI*
NORVIR POW 100MG	RITONAVIR POWDER PACKET 100 MG	Nivel 1		X		STI*
ODEFSEY TAB	EMTRICITABINE-RILPIVIRINE-TENOFOVIR AF TAB 200-25-25 MG	Nivel 1		X		STI*
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		
PAXLOVID PAK	NIRMATRELVIR TAB 6 X 150 MG & RITONAVIR TAB 5 X 100 MG PAK	Nivel 1		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		
PREZISTA SUS 100MG/ML	DARUNAVIR ORAL SUSP 100 MG/ML	Nivel 1		X		STI*
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		STI*
RIBAVIRIN CAP 200MG	RIBAVIRIN CAP 200 MG	Nivel 1				
RIBAVIRIN TAB 200MG	RIBAVIRIN TAB 200 MG	Nivel 1				
RILPIVIRINE TAB 25MG	RILPIVIRINE HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		STI*
RIMANTADINE TAB 100MG	RIMANTADINE HYDROCHLORIDE TAB 100 MG	Nivel 3				
RITONAVIR TAB 100MG	RITONAVIR TAB 100 MG	Nivel 1		X		STI*
SELZENTRY SOL 20MG/ML	MARAVIROC ORAL SOLN 20 MG/ML	Nivel 1		X		STI*
SOFOS/VELPAT TAB 400-100	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TAB 400-100 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
TENOFOVIR TAB 300MG	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 300 MG	**Nivel 1**		X		PRV & STI*	$0 de copago una vez que el proveedor de cuidado de la salud confirma que el medicamento es para prevenir el VIH como profilaxis de preexposición (PrEP) en personas con un mayor riesgo de infección por VIH.
TIVICAY TAB 50MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM TAB 50 MG (BASE EQUIV)	**Nivel 1**		X		STI*	
TRIUMEQ TAB	ABACAVIR-DOLUTEGRAVIR-LAMIVUDINE TAB 600-50-300 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
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		STI*	
VIRACEPT TAB 625MG	NELFINAVIR MESYLATE TAB 625 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
YEZTUGO TAB 300MG	LENACAPAVIR SODIUM TAB 300 MG (PROPHYLAXIS)	**Nivel 5**		X		STI*	
ZIDOVUDINE CAP 100MG	ZIDOVUDINE CAP 100 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
ZIDOVUDINE SYP 50MG/5ML	ZIDOVUDINE SYRUP 10 MG/ML	**Nivel 1**		X		STI*	
ZIDOVUDINE TAB 300MG	ZIDOVUDINE TAB 300 MG	**Nivel 1**		X		STI*	
Ansiolíticos							
ALPRAZOLAM CON 1 MG/ML	ALPRAZOLAM CONC 1 MG/ML	**Nivel 1**		X			
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			

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG XR	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 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 1MG XR	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 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 2MG XR	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 2 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 3MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER 24HR 3 MG	Nivel 1		X		
ALPRAZOLAM TAB 3MG XR	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				
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		
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		
HYDROXYZINE SOL 10MG/5ML	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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
Agentes bipolares						
LITHIUM SOL 8MEQ/5ML	LITHIUM ORAL SOLUTION 8 MEQ/5ML	Nivel 1				
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				
LITHIUM CARB TAB 450MG ER	LITHIUM CARBONATE TAB ER 450 MG	Nivel 1				
Reguladores de la glucosa en la sangre						
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 KWP INJ 100/ML	INSULIN GLARGINE SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1		X		
BD GLUCOSE CHW 5GM	GLUCOSE CHEW TAB 5 GM	Nivel 3				
BYDUREON BC INJ 2/0.85ML	EXENATIDE EXTENDED RELEASE SUSP AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	Nivel 3	X	X		GLP-1
DIAZOXIDE SUS 50MG/ML	DIAZOXIDE SUSP 50 MG/ML	Nivel 3				
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
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		
GLUCAGON INJ 1MG	GLUCAGON FOR INJ 1 MG	Nivel 1		X		
GLUCAGON INJ 1MG	GLUCAGON FOR INJ 1 MG	Nivel 1		X		
GLUCAGON EMR SOL 1MG	GLUCAGON HCL FOR INJ 1 MG	Nivel 1		X		
GLUCOSE CHW RASPBERY	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM (ROUNDED)	Nivel 3				
GLUCOSE GEL 15GM/33G	GLUCOSE GEL 15 GM/33GM	Nivel 3				
GLUCOSE GEL 40%	GLUCOSE GEL 40%	Nivel 3				
GLUCOSE BITS CHW 1GM	GLUCOSE CHEW TAB 1 GM	Nivel 3				
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		
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		
GNP GLUCOSE CHW 2GM	GLUCOSE CHEW TAB 2 GM (CARB EQUIV)	Nivel 3				
GVOKE HYPO 1 INJ 0.5/.1ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML	Nivel 1		X		
GVOKE HYPO 1 INJ 1/0.2ML	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 1/0.2ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML	Nivel 1		X		
GVOKE KIT SOL 1/0.2ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN 1 MG/0.2ML	Nivel 1		X		
GVOKE PFS INJ 1/0.2ML	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 KWPN INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (1 UNIT DIAL)	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
HUMALOG KWPN 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 PENINJ 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-500KWP	INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLN PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	Nivel 1		X		
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		
INSTA-GLUCOS GEL 77.4%	GLUCOSE GEL 77.4%	Nivel 3				
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 JR KWPN	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (0.5 UNIT DIAL)	Nivel 1		X		
INSULIN LISP INJ PROT KWP	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT/ML (75-25)	Nivel 1		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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		GLP=1
MOUNJARO INJ 12.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP=1
MOUNJARO INJ 15MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 15 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP=1
MOUNJARO INJ 2.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP=1
MOUNJARO INJ 5MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP=1
MOUNJARO INJ 7.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP=1
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		
NOVOLOG INJ FLEXPEN	INSULIN ASPART SOLN PEN-INJECTOR 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 FLEXPEN	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		GLP-1
OZEMPIC INJ 4MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 1 MG/DOSE (4 MG/3ML)	Nivel 3	X	X		GLP-1
OZEMPIC INJ 8MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN-INJ 2 MG/DOSE (8 MG/3ML)	Nivel 3	X	X		GLP-1
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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 KP 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		GLP-1	
RYBELSUS TAB 3MG	SEMAGLUTIDE TAB 3 MG	Nivel 3	X	X		GLP-1	
RYBELSUS TAB 7MG	SEMAGLUTIDE TAB 7 MG	Nivel 3	X	X		GLP-1	
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			
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 INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC INJ 100 UNIT/ML	Nivel 1		X			
TRESIBA FLEX INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	Nivel 1		X			
TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML	Nivel 1		X			
TRUEPLS GLUC GEL 15/32ML	GLUCOSE GEL 15 GM/32ML	Nivel 3					
TRUEPLUS CHW GLUCOSE	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM (ROUNDED)	Nivel 3					
TRULICITY INJ 0.75/0.5	DULAGLUTIDE SOLN AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP-1	
TRULICITY INJ 1.5/0.5	DULAGLUTIDE SOLN AUTO-INJECTOR 1.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP-1	
TRULICITY INJ 3/0.5	DULAGLUTIDE SOLN AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP-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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TRULICITY INJ 4.5/0.5	DULAGLUTIDE SOLN AUTO-INJECTOR 4.5 MG/0.5ML	Nivel 3	X	X		GLP-1
Hemoderivados y modificadores						
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 PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.5ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 10MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 150MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED 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 PREFILLED 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 PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.42ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 300MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED 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 PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.4ML	Nivel 4		X		
ARANESP INJ 500MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED 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 PREFILLED 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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 CAP 0.15MG	APIXABAN CAP SPRINKLE 0.15 MG	Nivel 3		X		
ELIQUIS TAB 0.5MG	APIXABAN TAB FOR ORAL SUSP 0.5 MG	Nivel 3		X		
ELIQUIS TAB 1.5MG	APIXABAN TAB FOR ORAL SUSP PACK 3 X 0.5 MG (1.5 MG)	Nivel 3		X		
ELIQUIS TAB 2.5MG	APIXABAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
ELIQUIS TAB 2MG	APIXABAN TAB FOR ORAL SUSP PACK 4 X 0.5 MG (2 MG)	Nivel 3		X		
ELIQUIS TAB 5MG	APIXABAN TAB 5 MG	Nivel 3		X		
ELIQUIS ST P TAB 5MG	APIXABAN TAB STARTER PACK 5 MG	Nivel 3		X		
ELTROMBOPAG POW 12.5MG	ELTROMBOPAG OLAMINE POWDER PACK FOR SUSP 12.5 MG (BASE EQ)	Nivel 6	X	X		
ELTROMBOPAG POW 25MG	ELTROMBOPAG OLAMINE POWDER PACK FOR SUSP 25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ELTROMBOPAG TAB 12.5MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 12.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ELTROMBOPAG TAB 25MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 25 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ELTROMBOPAG TAB 50MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 50 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ELTROMBOPAG TAB 75MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 75 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
ENOXAPARIN INJ 100MG/ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 100 MG/ML	Nivel 3		X		
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 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 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) INJ SOLN PREF SYR 5000 UNIT/0.5ML	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) PF INJ 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) 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				
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 7.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 7.5 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NEULASTA INJ 4/0.4ML	PEGFILGRASTIM INJ 4 MG/0.4ML	Nivel 4				
NEULASTA INJ 6/0.6ML	PEGFILGRASTIM SOLN PREFILLED SYRINGE 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 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 SUS 1MG/ML	RIVAROXABAN FOR SUSP 1 MG/ML	Nivel 3		X		
RIVAROXABAN TAB 2.5MG	RIVAROXABAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
TICAGRELOR TAB 60MG	TICAGRELOR TAB 60 MG	Nivel 3		X		
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				
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 SUS 1MG/ML	RIVAROXABAN FOR SUSP 1 MG/ML	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 2.5MG	RIVAROXABAN TAB 2.5 MG	Nivel 3		X		
XARELTO TAB 20MG	RIVAROXABAN TAB 20 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
XARELTO STAR TAB 15/20MG	RIVAROXABAN TAB STARTER THERAPY PACK 15 MG & 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				
Agentes cardiovasculares						
ACEBUTOLOL CAP 200MG	ACEBUTOLOL HCL CAP 200 MG	Nivel 2				
ACEBUTOLOL CAP 400MG	ACEBUTOLOL HCL CAP 400 MG	Nivel 2				
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		
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		PRV
ATORVASTATIN TAB 20MG	ATORVASTATIN CALCIUM TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 1		X		PRV
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		
BENAZEP/HCTZ TAB 10-12.5	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 3		X		
BENAZEP/HCTZ TAB 20-12.5	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 3		X		
BENAZEP/HCTZ TAB 20-25MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	Nivel 3		X		
BENAZEP/HCTZ TAB 5-6.25MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25 MG	Nivel 3		X		
BENAZEP/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 2.5MG	BISOPROLOL FUMARATE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
BISOPROL FUM TAB 5MG	BISOPROLOL FUMARATE TAB 5 MG	Nivel 2				
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-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 16-12.5 MG	Nivel 3		X		
CANDESA/HCTZ TAB 32-12.5	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 32-12.5 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CANDESA/HCTZ TAB 32-25MG	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE 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				
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*

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 GRANULE PACKETS 5 GM	Nivel 3				
COLESTIPOL GRA 5GM	COLESTIPOL HCL GRANULES 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		
DAPAG/MET ER TAB 10-1000	DAPAGLIFLOZIN FREE BASE-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 10-1000 MG	Nivel 3		X		
DAPAG/MET ER TAB 10-500MG	DAPAGLIFLOZIN FREE BASE-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 10-500 MG	Nivel 3		X		
DAPAG/MET ER TAB 5-1000MG	DAPAGLIFLOZIN FREE BASE-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-1000 MG	Nivel 3		X		
DAPAG/MET ER TAB 5-500MG	DAPAGLIFLOZIN FREE BASE-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-500 MG	Nivel 3		X		
DAPAGLIFLOZI TAB 10MG	DAPAGLIFLOZIN TAB 10 MG	Nivel 3		X		
DAPAGLIFLOZI TAB 5MG	DAPAGLIFLOZIN TAB 5 MG	Nivel 3		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 COATED BEADS 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 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 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
DILTIAZEM CAP 300MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER 24HR 300 MG	Nivel 2				
DILTIAZEM CAP 360MG CD	DILTIAZEM HCL COATED 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 360MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE 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 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				
DILTIAZEM ER TAB 180MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 180 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 ER TAB 420MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 420 MG	Nivel 3				
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		
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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	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 de edad una vez que su proveedor de cuidado de la salud confirma el 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	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 de edad una vez que su proveedor de cuidado de la salud confirma el riesgo de enfermedad cardiovascular.
FOSINOP/HCTZ TAB 10/12.5	FOSINOPRIL SODIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	Nivel 3		X		
FOSINOP/HCTZ TAB 20/12.5	FOSINOPRIL SODIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE 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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
IRBESAR/HCTZ TAB 150-12.5	IRBESARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 150-12.5 MG	Nivel 2		X		
IRBESAR/HCTZ TAB 300-12.5	IRBESARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 300-12.5 MG	Nivel 2		X		
IRBESARTAN TAB 150MG	IRBESARTAN TAB 150 MG	Nivel 2		X		
IRBESARTAN TAB 300MG	IRBESARTAN TAB 300 MG	Nivel 2		X		
IRBESARTAN TAB 75MG	IRBESARTAN TAB 75 MG	Nivel 2		X		
ISOSO/HYDRAL TAB 20-37.5	ISOSORBIDE DINITRATE-HYDRALAZINE HCL TAB 20-37.5 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 7.5MG	IVABRADINE HCL TAB 7.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 3	X	X		
JARDIANCE TAB 10MG	EMPAGLIFLOZIN TAB 10 MG	Nivel 3		X		
JARDIANCE TAB 25MG	EMPAGLIFLOZIN TAB 25 MG	Nivel 3		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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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			
LOSARTAN/HCT TAB 50-12.5	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE 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					
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 100MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 100 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
METOPROL SUC TAB 200MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 200 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 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				
METOPROL SUC TAB 50MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 50 MG (TARTRATE EQUIV)	Nivel 1				
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 TAB 500MG	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) TAB 500 MG	Nivel 3				
NIACIN TAB 500MG ER	NIACIN TAB ER 500 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACIN ER TAB 1000MG	NIACIN TAB ER 1000 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	Nivel 3				
NIACIN ER TAB 500MG	NIACIN TAB ER 500 MG (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NIACIN ER TAB 750MG	NIACIN TAB ER 750 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		
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				
NITROGLYCER OIN 2%	NITROGLYCERIN OINT 2%	Nivel 3				
NITROGLYCERI SUB 0.6MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.6 MG	Nivel 2				
NITROGLYCERN SUB 0.3MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.3 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	Nivel 2		X			
OLM MED/HCTZ TAB 40-12.5	OLMESARTAN MEDOXOMIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 40-12.5 MG	Nivel 2		X			
OLM MED/HCTZ TAB 40-25MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE 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			
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

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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					
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			

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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			
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 3**	X	X			
REPATHA PUSH INJ 420/3.5	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE/INFUSOR 420 MG/3.5ML	**Nivel 3**	X	X			
REPATHA SURE INJ 140MG/ML	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	**Nivel 3**	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
SACUB/VALSAR TAB 24-26MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 24-26 MG	**Nivel 3**	X	X			
SACUB/VALSAR TAB 49-51MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 49-51 MG	**Nivel 3**	X	X			
SACUB/VALSAR TAB 97-103MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 97-103 MG	**Nivel 3**	X	X			
SIMVASTATIN TAB 10MG	SIMVASTATIN TAB 10 MG	**Nivel 1**		X		PRV	
SIMVASTATIN TAB 20MG	SIMVASTATIN TAB 20 MG	**Nivel 1**		X		PRV	
SIMVASTATIN TAB 40MG	SIMVASTATIN TAB 40 MG	**Nivel 1**		X		PRV	

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SIMVASTATIN TAB 5MG	SIMVASTATIN TAB 5 MG	**Nivel 1**		X		PRV
SIMVASTATIN TAB 80MG	SIMVASTATIN TAB 80 MG	**Nivel 1**		X		
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**				
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**				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
Agentes para el sistema nervioso central						
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		
AMPHET/DEXTR CAP 20MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 20 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR CAP 25MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 25 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR CAP 30MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 30 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR CAP 5MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER 24HR 5 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 10MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 10 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 12.5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 12.5 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 15MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 15 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 20MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 20 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 30MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 30 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 5 MG	Nivel 1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 7.5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 7.5 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	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 30 MG	Nivel 4	X	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
AUSTEDO XR TAB 36MG	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 36 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 42MG	DEUTETRABENAZINE TAB ER 24HR 42 MG	Nivel 4	X	X		BH*
AUSTEDO XR TAB 48MG	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 12 & 18 & 24 & 30 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*
AVONEX PEN KIT 30MCG	INTERFERON BETA-1A IM AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
AVONEX PREFL KIT 30MCG	INTERFERON BETA-1A IM PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	Nivel 4	X	X		
BAC TAB	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE TAB 50-325-40 MG	Nivel 2		X		
BETASERON INJ 0.3MG	INTERFERON BETA-1B FOR INJ KIT 0.3 MG	Nivel 4	X	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 TAB	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE TAB 50-325-40 MG	Nivel 2		X		
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		
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				
CLONIDINE TAB 0.1MG ER	CLONIDINE HCL TAB ER 12HR 0.1 MG	Nivel 1				
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		
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			

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 DELAYED RELEASE 120 MG	Nivel 4	X	X		
DIMETHYL FUM CAP 240MG DR	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DELAYED 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		
FINGOLIMOD CAP 0.5MG	FINGOLIMOD HCL CAP 0.5 MG (BASE EQUIV)	Nivel 6	X	X		
GLATIRAMER INJ 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	Nivel 4	X	X		
GLATIRAMER INJ 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	Nivel 4	X	X		
GLATOPA INJ 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	Nivel 4	X	X		
GLATOPA INJ 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	Nivel 4	X	X		
GUANFACINE TAB 1MG ER	GUANFACINE HCL TAB ER 24HR 1 MG (BASE EQUIV)	Nivel 1		X		
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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 OSM	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 OSM	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 27 MG	Nivel 1	X	X			
METHYLPHENID TAB 36MG OSM	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 36 MG	Nivel 1	X	X			
METHYLPHENID TAB 54MG OSM	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			
MILNACIPRAN MIS TITR PAK	MILNACIPRAN HCL TAB 12.5 MG (5) & 25 MG (8) & 50 MG (42) PAK	Nivel 3		X	X	BH*	
MILNACIPRAN TAB 100MG	MILNACIPRAN HCL TAB 100 MG	Nivel 3		X	X	BH*	
MILNACIPRAN TAB 12.5MG	MILNACIPRAN HCL TAB 12.5 MG	Nivel 3		X	X	BH*	
MILNACIPRAN TAB 25MG	MILNACIPRAN HCL TAB 25 MG	Nivel 3		X	X	BH*	
MILNACIPRAN TAB 50MG	MILNACIPRAN HCL TAB 50 MG	Nivel 3		X	X	BH*	
PHENT/TOPIRA CAP 11.25-69	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE CAP ER 24HR 11.25-69 MG	Nivel 3	X				
PHENT/TOPIRA CAP 15-92MG	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE CAP ER 24HR 15-92 MG	Nivel 3	X				
PHENT/TOPIRA CAP 3.75-23	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE CAP ER 24HR 3.75-23 MG	Nivel 3	X				
PHENT/TOPIRA CAP 7.5-46MG	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE CAP ER 24HR 7.5-46 MG	Nivel 3	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 37.5MG	PHENTERMINE HCL CAP 37.5 MG	Nivel 2	X				
PHENTERMINE TAB 37.5MG	PHENTERMINE HCL TAB 37.5 MG	Nivel 2	X				
RILUZOLE TAB 50MG	RILUZOLE TAB 50 MG	Nivel 4				BH*	
TENCON TAB 50-325MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-325 MG	Nivel 3		X			
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			
ZEPOSIA CAP 0.92MG	OZANIMOD HCL CAP 0.92 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ZEPOSIA CAP STR KIT	OZANIMOD CAP PACK 4 X 0.23 MG & 3 X 0.46 MG & 21 X 0.92 MG	Nivel 4	X	X		
ZEPOSIA 7DAY CAP STR PACK	OZANIMOD CAP PACK 4 X 0.23 MG & 3 X 0.46 MG	Nivel 4	X	X		
Agentes dentales y bucales						
CEVIMELINE CAP 30MG	CEVIMELINE HCL CAP 30 MG	Nivel 3				
CHLORHEX GLU SOL 0.12%	CHLORHEXIDINE GLUCONATE SOLN 0.12%	Nivel 2				
DOXYCYCL HYC TAB 20MG	DOXYCYCLINE HYCLATE TAB 20 MG	Nivel 2				STI*
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				
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				
Agentes dermatológicos						
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				
ACYCLOVIR OIN 5%	ACYCLOVIR OINT 5%	Nivel 3		X		STI*
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 0.3% PMP	ADAPALENE GEL 0.3%	Nivel 3	X	X		
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 OIN 0.1%	AMCINONIDE OINT 0.1%	Nivel 3			X	
AMMONIUM LAC CRE 12%	LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE) CREAM 12%	Nivel 2				
AMNESTEEM CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	Nivel 3				
AMNESTEEM CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	Nivel 3				
AMNESTEEM CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	Nivel 3				
AMNESTEEM CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ANALPRAM-HC LOT 2.5%	HYDROCORTISONE ACETATE W/PRAMOXINE PERIANAL LOTN 2.5-1%	Nivel 5				
AZELAIC ACID GEL 15%	AZELAIC ACID GEL 15%	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				
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 BETAMETH	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		
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				
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
CLARAVIS CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	Nivel 3				
CLINDACIN KIT ETZ 1%	*CLINDAMYCIN PHOSPHATE SWAB 1% & CLEANSER KIT***	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% 1XDLY	CLINDAMYCIN PHOSPHATE GEL 1% (ONCE-DAILY)	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN GEL 1% 2XDLY	CLINDAMYCIN PHOSPHATE GEL 1% (TWICE-DAILY)	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN LOT 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN LOT 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	Nivel 3		X		
CLINDAMYCIN SOL 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SOLN 1%	Nivel 2		X		
CLOBETASOL CRE 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
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		
CLOBETASOL E CRE 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE EMOLLIENT BASE CREAM 0.05%	Nivel 3		X		
CLOCORTOLONE CRE 0.1%	CLOCORTOLONE PIVALATE CREAM 0.1%	Nivel 3		X	X	
CLOTRIM/BETA CRE DIPROP	CLOTRIMAZOLE W/BETAMETHASONE CREAM 1-0.05%	Nivel 2		X		
CLOTRIM/BETA LOT DIPROP	CLOTRIMAZOLE W/BETAMETHASONE LOTION 1-0.05%	Nivel 3				
CROTAN LOT 10%	CROTAMITON LOTION 10%	Nivel 5				
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		
DICLOFENAC GEL 3%	DICLOFENAC SODIUM (ACTINIC KERATOSES) GEL 3%	Nivel 3		X		
DIFLORASONE CRE 0.05%	DIFLORASONE DIACETATE CREAM 0.05%	Nivel 3		X	X	
DOXEPIN HCL CRE 5%	DOXEPIN HCL CREAM 5%	Nivel 3	X	X		
DUOBRII LOT	HALOBETASOL PROPIONATE-TAZAROTENE LOTION 0.01-0.045%	Nivel 5		X	X	
ERY PAD 2%	ERYTHROMYCIN PADS 2%	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
FLUOCINOLONE CRE 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.01%	Nivel 3		X		
FLUOCINOLONE CRE 0.025%	FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.025%	Nivel 3		X		
FLUOCINOLONE OIL 0.01% SC	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (SCALP OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCINOLONE OIL 0.01% SC	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (SCALP OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCINOLONE OIL 0.01%BDY	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCINOLONE OIL 0.01%BDY	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCINOLONE OIL 0.01%TOP	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	Nivel 3		X		
FLUOCINOLONE OIN 0.025%	FLUOCINOLONE ACETONIDE OINT 0.025%	Nivel 3		X		
FLUOCINOLONE 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 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		
FLUOROURACIL CRE 0.5%	FLUOROURACIL CREAM 0.5%	Nivel 5		X		
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				
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 OIN 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE OINT 0.1%	Nivel 3				
HC BUTYRATE SOL 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE SOLN 0.1%	Nivel 3				
HC PRAMOXINE CRE 1-1%	HYDROCORTISONE ACETATE W/PRAMOXINE PERIANAL CREAM 1-1%	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				
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		
IVERMECTIN LOT 0.5%	IVERMECTIN LOTION 0.5%	Nivel 3		X		
MAFENIDE ACE PAK 5%	MAFENIDE ACETATE PACKET FOR TOPICAL SOLN 5% (50 GM)	Nivel 3				
MALATHION LOT 0.5%	MALATHION LOTION 0.5%	Nivel 3				STI*
METHOXSALEN CAP 10MG	METHOXSALEN 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				
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				
MUPIROCIN CRE 2%	MUPIROCIN CALCIUM CREAM 2%	Nivel 3		X		
MUPIROCIN OIN 2%	MUPIROCIN OINT 2%	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				
OTEZLA TAB 20MG	APREMILAST TAB 20 MG	Nivel 4	X	X		
OTEZLA TAB 30MG	APREMILAST TAB 30 MG	Nivel 4	X	X		
OTEZLA XR TAB 75MG	APREMILAST TAB ER 24HR 75 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
OTEZLA/XR TAB 28 DAY	APREMILAST TAB START PACK 10 MG & 20 MG & 30 MG & (ER) 75 MG	Nivel 4	X	X		
PERMETHRIN CRE 5%	PERMETHRIN CREAM 5%	Nivel 2				STI*
PIMECROLIMUS CRE 1%	PIMECROLIMUS CREAM 1%	Nivel 3		X		
PODOFILOX GEL 0.5%	PODOFILOX GEL 0.5%	Nivel 3				STI*
PODOFILOX SOL 0.5%	PODOFILOX SOLN 0.5%	Nivel 2				STI*
PRURADIK LOT 10%	CROTAMITON LOTION 10%	Nivel 5				
REGRANEX 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				
SILVER SULFA CRE 1%	SILVER SULFADIAZINE CREAM 1%	Nivel 2				
SPINOSAD SUS 0.9%	SPINOSAD SUSP 0.9%	Nivel 3				
SSD CRE 1%	SILVER SULFADIAZINE CREAM 1%	Nivel 2				
SULFAMYLON CRE 85MG/GM	MAFENIDE ACETATE CREAM 85 MG/GM	Nivel 5				
TACROLIMUS OIN 0.03%	TACROLIMUS OINT 0.03%	Nivel 3		X		
TACROLIMUS OIN 0.1%	TACROLIMUS OINT 0.1%	Nivel 3		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		
TRETINOIN CRE 0.05%	TRETINOIN CREAM 0.05%	Nivel 3	X	X		
TRETINOIN CRE 0.1%	TRETINOIN CREAM 0.1%	Nivel 3	X	X		
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		
VEREGEN OIN 15%	SINECATECHINS OINT 15%	Nivel 5		X		STI*
XEPI CRE 1%	OZENOXACIN CREAM 1%	Nivel 5		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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
Electrolitos, minerales, metales o vitaminas						
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-FACA 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 10000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ML	**Nivel 2**				
CYANOCOBALAM INJ 1000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ML	**Nivel 2**				
CYANOCOBALAM INJ 30000MCG	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			
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**				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
EFFER-K TAB 25MEQ EF	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	Nivel 2					
ERGOCALCIFER CAP 1.25MG	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	Nivel 2					
FA-8 CAP 800MCG	FOLIC ACID CAP 0.8 MG	Nivel 1				PRV	
FERRIC CITRA TAB 210MG	FERRIC CITRATE TAB 1 GM (210 MG FERRIC IRON)	Nivel 4					
FLUORIDE CHW 0.25MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.25 MG F (FROM 0.55 MG NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
FLUORIDE CHW 0.5MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
FLUORIDE CHW 1MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
FOLIC ACID TAB 1000MCG	FOLIC ACID TAB 1 MG	Nivel 2					
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				PRV	
FOLIC ACID TAB 400MCG	FOLIC ACID TAB 400 MCG	Nivel 1				PRV	
FOLIC ACID TAB 800MCG	FOLIC ACID TAB 800 MCG	Nivel 1				PRV	
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 PAK 20MEQ	POTASSIUM CHLORIDE POWDER PACKET 20 MEQ	Nivel 3					
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 CRYS ER 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
KLOR-CON M15 TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 15 MEQ	Nivel 2				
KLOR-CON M20 TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				
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				
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				
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				
ONE VITE TAB 1MG PLUS	*PRENATAL VIT W/FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	Nivel 2				
PENICILLAMIN CAP 250MG	PENICILLAMINE CAP 250 MG	Nivel 6				
PENICILLAMIN TAB 250MG	PENICILLAMINE TAB 250 MG	Nivel 6				
PHYTONADIONE TAB 5MG	PHYTONADIONE TAB 5 MG	Nivel 3		X		
PNV 27-CA/FE TAB /FA	*PRENATAL VIT W/FE FUMARATE-FA TAB 60-1 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				
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 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 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 8 MEQ (600 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
POT CITRA ER TAB 1080MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 10 MEQ (1080 MG)	Nivel 3				
POT CITRA ER TAB 1080MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 10 MEQ (1080 MG)	Nivel 3				
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 1620MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 15 MEQ (1620 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 CITRA ER TAB 540MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 5 MEQ (540 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 MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 10 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 15 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 15 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				
POT CL MICRO TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYS ER TAB 20 MEQ	Nivel 2				
PRENATABS FA TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG***	Nivel 2				
PRENATAL TAB PLUS	*PRENATAL VIT W/FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG***	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-U CAP 106.5-1	*PRENATAL W/O A VIT W/FE FUMARATE-FA CAP 106.5-1 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

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 DRO 0.5MG/ML	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5 MG/ML F (FROM 1.1 MG/ML NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
SOD POLY SUL POW	*SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE POWDER**	Nivel 2					
SODIUM FLUOR CHW 0.25MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.25 MG F (FROM 0.55 MG NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
SODIUM FLUOR CHW 0.5MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
SODIUM FLUOR CHW 1MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
SODIUM FLUOR TAB 0.5MG	SODIUM FLUORIDE TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
SODIUM FLUOR TAB 1MG	SODIUM FLUORIDE TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	Nivel 1				PRV-A	Copago de $0 para los miembros de 0 a 16 años.
TARON-C DHA CAP	*PRENATAL W/FE FUM-FE POLY -FAO-MEGA 3 CAP 35-1 MG***	Nivel 2					
THRIVITE RX TAB 29-1MG	*PRENATAL VIT W/IRON CARBONYLFA TAB 29-1 MG***	Nivel 2					
TOLVAPTAN TAB 15MG	TOLVAPTAN (HYPONATREMIA) TAB 15 MG	Nivel 4	X	X			
TOLVAPTAN TAB 30MG	TOLVAPTAN (HYPONATREMIA) 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					

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
VITAMIN D CAP 1.25MG	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	Nivel 2					
VITAMIN D CAP 50000	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	Nivel 2					
VITAMIN D CAP 50000UNT	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	Nivel 2					
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	*PRENAT-FE BIS-FE PROT SUCC-FACA 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					
Agentes gastrointestinales							
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					
BISACODYL TAB 5MG EC	BISACODYL TAB DELAYED RELEASE 5 MG	Nivel 1		X		PRV	
CIMETIDINE SOL 300/5ML	CIMETIDINE HCL SOLN 300 MG/5ML	Nivel 2					
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 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		PRV	
CLEARLAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		PRV	
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 cuidado de la salud confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
CONSTULOSE SOL 10/15ML	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/15ML	Nivel 2					
CVS PURELAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		PRV	
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					

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG	DIPHENOXYLATE W/ATROPINE TAB 2.5-0.025 MG	Nivel 2				
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				
ESOMEPRA MAG CAP 20MG DR	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAP DELAYED RELEASE 20 MG (BASE EQ)	Nivel 2		X		
ESOMEPRA 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	PRV	
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 cuidado de la salud 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 cuidado de la salud 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	PRV	
GLYCOLAX POW 3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X	PRV	

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 10/15ML	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/15ML	Nivel 2				
LACTULOSE SOL 10/15ML	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		
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		PRV
MAG CITRATE SOL LEMON	MAGNESIUM CITRATE SOLN	Nivel 1		X		PRV
METHSCOPOLAM TAB 2.5MG	METHSCOPOLAMINE BROMIDE TAB 2.5 MG	Nivel 3				
METHSCOPOLAM TAB 5MG	METHSCOPOLAMINE BROMIDE TAB 5 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				
MIRALAX POW 3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	Nivel 1		X		PRV

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
MISOPROSTOL TAB 100MCG	MISOPROSTOL TAB 100 MCG	Nivel 2					
MISOPROSTOL TAB 200MCG	MISOPROSTOL TAB 200 MCG	Nivel 2					
MYALEPT INJ 11.3MG	METRELEPTIN FOR SUBCUTANEOUS INJ 11.3 MG	Nivel 6	X	X			
NITROGLYCERI OIN 0.4%	NITROGLYCERIN OINT 0.4%	Nivel 3		X			
NIZATIDINE CAP 150MG	NIZATIDINE CAP 150 MG	Nivel 3					
NIZATIDINE CAP 300MG	NIZATIDINE CAP 300 MG	Nivel 3					
OMEPRAZOLE CAP 10MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 10 MG	Nivel 2		X			
OMEPRAZOLE CAP 20MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 20 MG	Nivel 2					
OMEPRAZOLE CAP 40MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 40 MG	Nivel 2					
OPIUM TIN 10MG/ML	OPIUM TINCTURE 1% (10 MG/ML) (MORPHINE EQUIV)	Nivel 3		X			
OPIUM TIN 10MG/ML	OPIUM TINCTURE 1% (10 MG/ML) (MORPHINE EQUIV)	Nivel 3		X			
PANTOPRAZOLE TAB 20MG	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 20 MG (BASE EQUIV)	Nivel 2		X			
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			
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 cuidado de la salud confirme que el uso es para prepararse para una colonoscopia preventiva.
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 cuidado de la salud 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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 cuidado de la salud 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 cuidado de la salud 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		PRV	
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 12/0.6ML	METHYLNALTREXONE BROMIDE SOLN PREF SYR 12 MG/0.6ML	**Nivel 5**	X	X			
RELISTOR INJ 8/0.4ML	METHYLNALTREXONE BROMIDE SOLN PREF SYR 8 MG/0.4ML	**Nivel 5**	X	X			
SODIUM/POTAS SOL MAGNESIU	SOD SULFATE-POT SULF-MG SULF ORAL SOL 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	**Nivel 3**		X		PRV*	$0 de copago una vez que su proveedor de cuidado de la salud 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
XERMELO TAB 250MG	TELOTRISTAT ETHYL TAB 250 MG (AS TELOTRISTAT ETIPRATE)	Nivel 6	X	X		
XIFAXAN TAB 200MG	RIFAXIMIN TAB 200 MG	Nivel 5	X	X		
XIFAXAN TAB 550MG	RIFAXIMIN TAB 550 MG	Nivel 5	X	X		
Trastorno genético, enzimático o proteico: Reemplazo, modificadores, tratamiento						
BETAINE ANHY POW	*BETAINE POWDER FOR ORAL SOLU-TION***	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				
CROMOLYN SOD CON 100/5ML	CROMOLYN SODIUM ORAL CONC 100 MG/5ML	Nivel 3				
CYSTAGON CAP 150MG	CYSTEAMINE BITARTRATE CAP 150 MG	Nivel 6				
CYSTAGON CAP 50MG	CYSTEAMINE BITARTRATE CAP 50 MG	Nivel 6				
DAYBUE SOL 200MG/ML	TROFINETIDE ORAL SOLN 200 MG/ML	Nivel 1	X	X		
NITISINONE CAP 10MG	NITISINONE CAP 10 MG	Nivel 4	X			
NITISINONE CAP 20MG	NITISINONE CAP 20 MG	Nivel 4	X			
NITISINONE CAP 2MG	NITISINONE CAP 2 MG	Nivel 4	X			
NITISINONE CAP 5MG	NITISINONE CAP 5 MG	Nivel 4	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		
ZELVYSIA POW 100MG	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE POWDER PACKET 100 MG	Nivel 6	X	X		
ZELVYSIA POW 500MG	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE POWDER PACKET 500 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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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**					
Agentes genitourinarios							
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**					
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		
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**					
DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4	DUTASTERIDE-TAMSULOSIN HCL CAP 0.5-0.4 MG	**Nivel 3**					
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		PRV	
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**				PRV	
OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML	OXYBUTYNIN CHLORIDE SOLUTION 5 MG/5ML	**Nivel 2**					
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			
PHENAZO TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PHENAZOPYRID TAB 100MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 100 MG	Nivel 2				
PHENAZOPYRID TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
PHENAZOPYRID TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
PHENAZOPYRID TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	Nivel 2				
PHEXX GEL	LACTIC ACID-CITRIC ACID-POTASSIUM BITARTRATE GEL 1.8-1-0.4%	Nivel 1		X		PRV
PHEXXI GEL	Lactic Acid-Citric Acid-Potassium Bitartrate Gel 1.8-1-0.4%	Nivel 1		X		PRV
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				
TERAZOSIN CAP 5MG	TERAZOSIN HCL CAP 5 MG (BASE EQUIVALENT)	Nivel 2				
TODAY SPONGE MIS	NONOXYNOL-9 VAGINAL SPONGE 1000 MG	Nivel 1				PRV
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				
TROSPIUM CHL CAP 60MG ER	TROSPIUM CHLORIDE CAP ER 24HR 60 MG	Nivel 3			X	
TROSPIUM CL TAB 20MG	TROSPIUM CHLORIDE TAB 20 MG	Nivel 3				
VCF VAGINAL GEL CONTRACE	NONOXYNOL-9 GEL 4%	Nivel 1				PRV
VCF VAGINAL MIS CONTRACP	NONOXYNOL-9 FILM 28%	Nivel 1				PRV
Agentes hormonales, estimulantes, de reemplazo o modificadores (suprarrenales)						
DEXAMETHASON CON 1MG/ML	DEXAMETHASONE CONC 1 MG/ML	Nivel 2				
DEXAMETHASON ELX 0.5/5ML	DEXAMETHASONE ELIXIR 0.5 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
FLUDROCORT TAB 0.1MG	FLUDROCORTISONE ACETATE TAB 0.1 MG	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				
METHYLPRED TAB 32MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 32 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 4 MG	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE TAB THERAPY PACK 4 MG (21)	Nivel 2				
METHYLPRED TAB 8MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 8 MG	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 10MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 10 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 15 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE SOLN 15 MG/5ML	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 20MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 20 MG/5ML (BASE EQUIV)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 25MG/5ML	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ORAL SOLN 25 MG/5ML (BASE EQ)	Nivel 2				
PREDNISOLONE SOL 5MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 5 MG/5ML (BASE EQUIV)	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				
PREDNISONE CON 5MG/ML	PREDNISONE CONC 5 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
PREDNISONE PAK 10MG	PREDNISONE TAB THERAPY PACK 10 MG (21)	Nivel 2				
PREDNISONE PAK 10MG	PREDNISONE TAB THERAPY PACK 10 MG (48)	Nivel 2				
PREDNISONE PAK 5MG	PREDNISONE TAB THERAPY PACK 5 MG (21)	Nivel 2				
PREDNISONE PAK 5MG	PREDNISONE TAB THERAPY PACK 5 MG (48)	Nivel 2				
PREDNISONE SOL 5MG/5ML	PREDNISONE ORAL SOLN 5 MG/5ML	Nivel 3				
PREDNISONE TAB 10MG	PREDNISONE TAB 10 MG	Nivel 2				
PREDNISONE TAB 1MG	PREDNISONE TAB 1 MG	Nivel 2				
PREDNISONE TAB 2.5MG	PREDNISONE TAB 2.5 MG	Nivel 2				
PREDNISONE TAB 20MG	PREDNISONE TAB 20 MG	Nivel 2				
PREDNISONE TAB 50MG	PREDNISONE TAB 50 MG	Nivel 2				
PREDNISONE TAB 5MG	PREDNISONE TAB 5 MG	Nivel 2				
Agentes hormonales, estimulantes, de reemplazo o modificadores (pituitaria)						
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 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%	Nivel 3				
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SPRAY SOLN 0.01% (REFRIGERATED)	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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
Agentes hormonales, estimulantes, de reemplazo o modificadores (hormonas sexuales o modificadores)						
ABIGALE TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	**Nivel 3**				
ABIGALE LO TAB 0.5-0.1	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	**Nivel 3**				
AFIRMELLE TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	**Nivel 1**				PRV
AFTERA TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	**Nivel 1**				PRV
AFTERPILL TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	**Nivel 1**				PRV
ALTAVERA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	**Nivel 1**				PRV
ALYACEN TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	**Nivel 1**				PRV
ALYACEN TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	**Nivel 1**				PRV
AMABELZ TAB 0.5-0.1	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	**Nivel 3**				
AMETHYST TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	**Nivel 1**				PRV
ANNOVERA MIS	SEGESTERONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.15-0.013 MG/24HR	**Nivel 1**		X		PRV
APRI TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	**Nivel 1**				PRV
ARANELLE TAB	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/1-35/0.5-35 MG-MCG	**Nivel 1**				PRV
ASHLYNA TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	**Nivel 1**				PRV
AUBRA EQ TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	**Nivel 1**				PRV
AUROVELA TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	**Nivel 1**				PRV
AUROVELA TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	**Nivel 1**				PRV
AUROVELA 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	**Nivel 1**				PRV
AUROVELA FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	**Nivel 1**				PRV
AUROVELA FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	**Nivel 1**				PRV
AVIANE TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	**Nivel 1**				PRV
AYUNA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	**Nivel 1**				PRV
AZURETTE TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	**Nivel 1**				PRV
BALZIVA TAB	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	**Nivel 1**				PRV
BIJUVA CAP 0.5-100	ESTRADIOL-PROGESTERONE CAP 0.5-100 MG	**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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
BLISOVI 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				PRV
BLISOVI FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
BLISOVI FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
BRIELLYN TAB	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
CAMILA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
CAMRESE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				PRV
CAMRESE LO TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				PRV
CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				PRV
CHATEAL EQ TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
CLIMARA PRO DIS WEEKLY	ESTRADIOL-LEVONORGESTREL TD PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/DAY	Nivel 5		X		
CRYSELLE TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
CRYSELLE-28 TAB 28 TABS	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
CURAE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV
CYRED EQ TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
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 ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
DASETTA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
DAYSEE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				PRV
DEBLITANE TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
DELYLA TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
DEPO-SQ PROV INJ 104	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE SUSP PREF SYR 104 MG/0.65ML	Nivel 1		X		PRV
DESO/ETHINYL TAB ESTRADIO	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				PRV
DOLISHALE TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	Nivel 1				PRV
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 LEVO-MEFO	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADLE-VOMEFOLATE TAB 3-0.03-0.451 MG	Nivel 1				PRV
DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				PRV
DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				PRV
DROSPIRENONE TAB ETHY EST	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				PRV
DUAVEE TAB 0.45-20	CONJUGATED ESTROGENS-BAZEDOXIFENE TAB 0.45-20 MG	Nivel 5		X		
ECONTRA OS TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV
ELINEST TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
ELURYNG MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/24HR	Nivel 1				PRV
EMZAHH TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
ENILLORING MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/24HR	Nivel 1				PRV
ENPRESSE-28 TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	Nivel 1				PRV
ENSKYCE TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
ERRIN TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
ESTARYLLA TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
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				
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				
ESTRAD VAL INJ 40MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 40 MG/ML	Nivel 2				
ESTRADIOL CRE 0.01%	ESTRADIOL VAGINAL CREAM 0.01%	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 TWICE WEEKLY 0.025 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 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 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 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 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 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				PRV
ETHYNODIOL TAB 1-50	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	Nivel 1				PRV
ETONOGESTREL MIS ETHY EST	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/24HR	Nivel 1				PRV
FALMINA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
FEIRZA TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
FEIRZA TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
FINZALA CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				PRV

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
GALBRIELA CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				PRV
GALLIFREY TAB 5MG	NORETHINDRONE ACETATE TAB 5 MG	Nivel 2				
HAILEY TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
HAILEY 24 TAB FE	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				PRV
HAILEY FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
HAILEY FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
HALOETTE MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/24HR	Nivel 1				PRV
HEATHER TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
HER STYLE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV
ICLEVIA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				PRV
INCASSIA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
INTROVALE TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				PRV
ISIBLOOM TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
JAIMIESS TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				PRV
JASMIEL TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				PRV
JENCYCLA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
JINTELI TAB 1MG-5MCG	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-5 MCG	Nivel 3				
JOLESSA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				PRV
JOYEAUX TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	Nivel 1				PRV
JULEBER TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
JUNEL 1.5/30 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
JUNEL 1/20 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
JUNEL FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
JUNEL FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
JUNEL FE 24 TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				PRV

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
KAITLIB FE CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				PRV
KALLIGA TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
KARIVA TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				PRV
KELNOR TAB 1/35	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
KELNOR 1/50 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	Nivel 1				PRV
KURVELO TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
LARIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
LARIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
LARIN 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				PRV
LARIN FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
LARIN FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
LAYOLIS FE CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				PRV
LEENA TAB	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/1-35/0.5-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
LESSINA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	Nivel 1				PRV
LEVONEST TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	Nivel 1				PRV
LEVONOR/ETHI TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	Nivel 1				PRV
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	Nivel 1				PRV
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02/0.025/0.03 MG &ETH EST 0.01 MG	Nivel 1				PRV
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				PRV
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				PRV
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	Nivel 1				PRV
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LEVONORGESTR TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV
LEVORA-28 TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
LO LOESTRIN TAB 1-10-10	NORETHIN-ETH ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2)	Nivel 1				PRV
LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				PRV
LOJAIMIESS TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	Nivel 1				PRV
LORYNA TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				PRV
LOW-OGESTREL TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
LUIZZA TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
LUIZZA 1/20 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
LUTERA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
LYLEQ TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
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				PRV
MARLISSA TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP 150 MG/ML	Nivel 1		X		PRV
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP PREFILLED SYR 150 MG/ML	Nivel 1				PRV
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				
MEGESTROL SUS 625MG/5M	MEGESTROL ACETATE SUSP 625 MG/5ML	Nivel 3				
MEGESTROL AC SUS 400/10ML	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

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					
MELEYA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV	
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				PRV	
MICROGESTIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV	
MICROGESTIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV	
MICROGESTIN TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV	
MICROGESTIN TAB FE1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV	
MILI TAB 0.25/35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV	
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				PRV	
MONO-LINYAH TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV	
MY CHOICE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV	
MY WAY TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV	
NECON TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV	
NEW DAY TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV	
NIKKI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				PRV	
NOR/EST/FF TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV	
NORA-BE TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV	
NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV	
NORELGE/ETHI DIS 150/35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG/24HR	Nivel 1				PRV	
NORETH/ETHIN CHW FE	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	Nivel 1				PRV	

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
NORETH/ETHIN CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				PRV
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				PRV
NORETH/ETHIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
NORETH/ETHIN TAB 1MG-5MCG	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-5 MCG	Nivel 3				
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 MGMCG	Nivel 1				PRV
NORETH/ETHIN TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
NORETHIN ACE TAB 5MG	NORETHINDRONE ACETATE TAB 5 MG	Nivel 2				
NORETHINDRON TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
NORGEST/ETHI TAB 0.25/35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				PRV
NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
NORLYROC TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
NORTREL TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
NORTREL TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
NORTREL TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
NORTREL TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
NYLIA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
NYLIA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35/0.75-35/1-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
OCELLA TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				PRV
OPCICON TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV
OPILL TAB 0.075MG	NORGESTREL TAB 0.075 MG	Nivel 1				PRV
OPTION 2 TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV
ORQUIDEA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	Nivel 1				PRV
OSPHENA TAB 60MG	OSPEMIFENE TAB 60 MG	Nivel 5	X	X		
PHILITH TAB 0.4-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
PIMTREA TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	**Nivel 1**				PRV	
PLAN B TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	**Nivel 1**				PRV	
PORTIA-28 TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	**Nivel 1**				PRV	
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		PRV*	$0 de copago para miembros de 35 años o más una vez que su proveedor de cuidado de la salud confirme que el medicamento es para prevenir el cáncer de mama.
REACT TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	**Nivel 1**				PRV	
RECLIPSEN TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	**Nivel 1**				PRV	
RIVELSA TAB	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02/0.025/0.03 MG &ETH EST 0.01 MG	**Nivel 1**				PRV	
ROSYRAH TAB	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02/0.025/0.03 MG &ETH EST 0.01 MG	**Nivel 1**				PRV	
SETLAKIN TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	**Nivel 1**				PRV	
SHAROBEL TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	**Nivel 1**				PRV	
SHEWISE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	**Nivel 1**				PRV	
SIMLIYA TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	**Nivel 1**				PRV	
SIMPESSE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG (84) & ETH EST TAB 0.01MG (7)	**Nivel 1**				PRV	
SLYND TAB 4MG	DROSPIRENONE TAB 4 MG	**Nivel 1**				PRV	
SPRINTEC 28 TAB 28 DAY	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	**Nivel 1**				PRV	
SRONYX TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	**Nivel 1**				PRV	

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
SYEDA TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				PRV
TAKE ACTION TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	Nivel 1				PRV
TARINA 24 FE TAB	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1				PRV
TARINA FE TAB 1/20 EQ	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
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 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 1.62%	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				PRV
TRI-ESTARYLL TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-LEGEST TAB FE	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-LINYAH TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-LO TAB ESTARYLL	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-LOTAB MARZIA	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-LOTAB SPRINTEC	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-LO-MILI TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-MILI TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-SPRINTEC TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-VYLIBRA TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/0.25-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRI-VYLIBRA TAB LO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/0.25-25 MG-MCG	Nivel 1				PRV
TRIVORA-28 TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	Nivel 1				PRV
TURQOZ TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	Nivel 1				PRV

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
TYBLUME CHW 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL CHEW TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
TYDEMY TAB	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADLEVOMEFOLATE TAB 3-0.03-0.451 MG	Nivel 1				PRV
VALTYA 1/35 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
VALTYA 1/50 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	Nivel 1				PRV
VELIVET PAK	DESOGEST-ETHIN EST TAB 0.1-0.025/0.125-0.025/0.15-0.025MG-MG	Nivel 1				PRV
VESTURA TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	Nivel 1				PRV
VIENVA TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	Nivel 1				PRV
VIORELE TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				PRV
VOLNEA TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	Nivel 1				PRV
VYFEMLA TAB 0.4-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
VYLIBRA TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
WERA TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
WYMZYA FE CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
XARAH FE TAB	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Nivel 1				PRV
XELRIA FE CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
XULANE DIS 150-35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG/24HR	Nivel 1				PRV
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				PRV
ZOVIA 1/35 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	Nivel 1				PRV
ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	Nivel 1				PRV
Agentes hormonales, estimulantes, de reemplazo o modificadores (tiroides)						
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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LEVO-T TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LEVOXYL TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
LEVOXYL TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
LIOMNY TAB 25MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 25 MCG	Nivel 2				BH*
LIOMNY TAB 50MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 50 MCG	Nivel 2				BH*
LIOMNY TAB 5MCG	LIOTHYRONINE SODIUM TAB 5 MCG	Nivel 2				BH*
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
THYQUIDITY SOL 100/5ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 100 MCG/5ML	Nivel 5	X			
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				
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
UNITHROID TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	Nivel 2				
UNITHROID TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	Nivel 2				
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales o pituitaria)						
CABERGOLINE TAB 0.5MG	CABERGOLINE TAB 0.5 MG	Nivel 2				
LEUPROLIDE INJ 14 DAY	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG/0.2ML (5 MG/ML)	Nivel 6	X			
LEUPROLIDE INJ 1MG/0.2	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG/0.2ML (5 MG/ML)	Nivel 6	X			
LEUPROLIDE KIT 14 DAY	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG/0.2ML (5 MG/ML)	Nivel 6	X			
LEUPROLIDE KIT 1MG/0.2	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG/0.2ML (5 MG/ML)	Nivel 6	X			
MIFEPREX TAB 200MG	MIFEPRISTONE TAB 200 MG	Nivel 3				
MIFEPRISTONE TAB 200MG	MIFEPRISTONE TAB 200 MG	Nivel 2				
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 SUBCUTANEOUS 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 SUBCUTANEOUS 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 SUBCUTANEOUS 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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
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				
Agentes hormonales, supresores (tiroides)						
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				
Agentes inmunológicos						
ABRYSVO INJ	RSV PRE-FUSION F A&B VAC RECOMB FOR IM SOLN 120 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV
ABRYSVO INJ 120MCG	RSV PRE-FUSION F A&B VAC RECOMB FOR IM SOLN 120 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV
ACTHIB INJ	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJUGATE VACCINE FOR INJ	Nivel 1		X		PRV
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		PRV
ADACEL INJ	TET-DIPH-ACELL PERTUSS AD PREF SYR 5-2-15.5 LF-MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV
ADALIMU-ADAZ INJ 10/0.1ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.1ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 20/0.2ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.2ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 20/0.2ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.2ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN AUTOINJECTOR 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADAZ INJ 80/0.8ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN AUTOINJECTOR 80 MG/0.8ML	Nivel 4	X	X		
ADALIMU-ADBM KIT 10/0.2ML	ADALIMUMAB-ADBM PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
ADALIMU-ADBM KIT 20/0.4ML	ADALIMUMAB-ADBM PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X			
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADBM AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X	X			
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADBM AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X				
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADBM AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	Nivel 4	X				
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 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 2025-26	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT IM SUSP	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 meses en adelante.
AFLURIA INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT PF SUSP PREF SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 meses en adelante.
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 AUTOINJECTOR 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 AUTOINJECTOR 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		PRV-A	$0 de copago para miembros de 50 años en adelante.
AVTOZMA INJ 162/0.9	TOCILIZUMAB-ANOH SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJ 162 MG/0.9ML	Nivel 4	X	X			
AVTOZMA INJ 162/0.9	TOCILIZUMAB-ANOH SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 162 MG/0.9ML	Nivel 4	X	X			
AZATHIOPRINE TAB 50MG	AZATHIOPRINE TAB 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
BEXSERO INJ	MENINGOCOCCAL VAC B (RECOMB OMV ADJUV) INJ PREFILLED SYRINGE	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 10 años en adelante.
BEYFORTUS INJ 100MG/ML	NIRSEVIMAB-ALIP IM SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 19 meses o menos.
BEYFORTUS INJ 50/0.5ML	NIRSEVIMAB-ALIP IM SOLN PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 19 meses o menos.
BOOSTRIX INJ	TET TOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2.5-18.5 LF-LF-MCG/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
BOOSTRIX INJ	TET-DIPH-ACELL PERTUSS AD PREF SYR 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
CAPVAXIVE INJ 0.5ML	PNEUMOCOCCAL 21-VALENT CONJUGATE VACCINE SOLN PREF SYR 0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 19 años en adelante.
CIMZIA INJ 200MG/ML	CERTOLIZUMAB PEGOL PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	**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 30/.3ML	COVID-19 MRNA VAC TRIS-PFIZER IM SUSP PREF SYR 30 MCG/0.3ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 12 años en adelante.
COMIRNATY 5INJ 11/25-26	COVID-19 MRNA VAC TRIS-S 5-11YPFIZER IM SUSP 10 MCG/0.3ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de entre 5 y 11 años.
CYCLOSPORINE CAP 100MG	CYCLOSPORINE CAP 100 MG	**Nivel 3**					
CYCLOSPORINE CAP 100MG MD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 100 MG	**Nivel 2**					
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**					

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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		PRV	
DENGVAXIA SUS	DENGUE VIRUS VACCINE LIVE TETRAVALENT FOR SUBCUTANEOUS SUSP	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de entre 9 y 16 años.
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			
DUPIXENT INJ 300/2ML	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	**Nivel 4**	X	X			
ENFLONSIA INJ 105MG	CLESROVIMAB-CFOR IM SOLN PREFILLED SYRINGE 105 MG/0.7ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de entre 0 y 7 meses.
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 10 MCG/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 20 MCG/ML	**Nivel 1**		X		PRV	
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 20 MCG/ML	**Nivel 1**		X		PRV	
FLUAD INJ 2025-26	INFLUENZA VAC TYPE A&B SURFACE ANT ADJ SUSP PREF SYR 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 18 años en adelante.
FLUARIX INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT PF SUSP PREF SYRINGE 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 meses en adelante.
FLUBLOK INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VACC RECOMBINANT HA PF SOLN PREF SYR 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 9 años en adelante.
FLUCELVAX INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VAC TISS-CULT SUBUNIT IM SUSP	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 meses en adelante.

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
FLUCELVAX INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VAC TISS-CULT SUBUNIT SUSP PREF SYR 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 meses en adelante.
FLULAVAL INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT PF SUSP PREF SYRINGE 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 meses en adelante.
FLUMIST NASA LIQ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VACCINE LIVE INTRANASAL LIQUID	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de entre 2 y 49 años.
FLUZONE INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT IM SUSP	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 meses en adelante.
FLUZONE INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT PF SUSP PREF SYRINGE 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 meses en adelante.
FLUZONE HD INJ 2025-26	INFLUENZA VIRUS VAC SPLIT HIGH-DOSE PF SUSP PREF SYR 0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 18 años en adelante.
GARDASIL 9 INJ	HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) 9-VALENT RECOMB VAC IM SUSP	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de entre 9 y 45 años.
GARDASIL 9 INJ	HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) 9-VALENT RECOMB VAC SUSP PREF SYR	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de entre 9 y 45 años.
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**					
HADLIMA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	**Nivel 4**	X	X			
HADLIMA INJ 40/0.8ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML	**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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
HADLIMA PUSH INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN AUTOINJECTOR 40 MG/0.4ML	**Nivel 4**	X	X			
HADLIMA PUSH INJ 40/0.8ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN AUTOINJECTOR 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 SUSP PREFILLED SYR 1440 EL UNIT/ML	**Nivel 1**		X		PRV	
HAVRIX INJ 720UNIT	HEPATITIS A VACCINE SUSP PREFILLED SYR 720 EL UNIT/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML	HEPATITIS B VACCINE RECOMB ADJUVANTED PREF SYR 20 MCG/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 18 años en adelante.
HIBERIX SOL 10MCG	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJUGATE VAC FOR INJ 10 MCG	**Nivel 1**		X		PRV	
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		PRV	
IPOL INJ INACTIVE	POLIOVIRUS VACCINE, IPV INJ SUSP	**Nivel 1**		X		PRV	
JYNNEOS INJ	SMALLPOX & MONKEYPOX VAC, LIVE, NON-REPLICATING INJ 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 18 años en adelante.
KINRIX INJ	DIPH-TETANUS-ACELL PERT-POLIO, IPV VACC SUSP PREF SYR 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV	
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		PRV	
MENQUADFI INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) TETANUS CONJUGATE VACCINE	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 2 meses en adelante.
MENVEO INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) OLIGO CONJ VAC FOR INJ	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 2 meses en adelante.
MENVEO SOL	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) OLIGO CONJ VAC IM SOLN	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 2 meses en adelante.

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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 250 MG/10ML (25 MG/ML)	Nivel 2					
METHOTREXATE INJ 25MG/ML	METHOTREXATE SODIUM INJ 50 MG/2ML (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					
MNEXSPIKE INJ 2025-26	COVID-19 MRNA VACCINE-MODERNA IM SUSP PREF SYR 10 MCG/0.2ML	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 12 años en adelante.
MRESVIA INJ 50MCG	RSV MRNA PRE-F VACCINE IM SUSP PREF SYR 50 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 50 años en adelante.
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					
NUVAXOVID INJ 2025-26	COVID-19 SUBUNIT VACC-NOVAVAX IM SUSP PREF SYR 5 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 12 años en adelante.
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			

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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			
PEDIARIX INJ 0.5ML	DIPH-TET TOX-ACELL PERT-HEP BPO-LIO IPV VAC SUSP PREF SYR	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 6 años o menos.
PEDVAX HIB INJ	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJ VAC IM SUSP 7.5 MCG/0.5 ML	Nivel 1		X		PRV	
PEGASYS INJ	PEGINTERFERON ALFA-2A SOLN PREFILLED SYR 180 MCG/0.5ML	Nivel 1	X	X			
PEGASYS INJ 180MCG/M	PEGINTERFERON ALFA-2A INJ 180 MCG/ML	Nivel 1	X	X			
PENBRAYA INJ	MENINGOCOCCAL ACYW (TET CON-J)-MENING B (RCMB) VACC FOR INJ	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 10 años en adelante.
PENMENVY INJ	MENINGOCOCCAL ACWY (OLIGO CONJ)-MENING B (RCMB) VACC FOR INJ	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 10 años en adelante.
PENTACEL INJ	DIPH-AC PER-TET TOX AD-POLIO-VHAEMOPH B POLY VAC FOR IM SUSP	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 4 años o menos.
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5	PNEUMOCOCCAL VACCINE POLYVALENT INJ SOLN 25 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV	
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5	PNEUMOCOCCAL VACCINE POLYVALENT SOLN PREF SYR 25 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV	
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE 3-ANTIGEN (RECOMBINANT) SUSP 10 MCG/ML	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 18 años en adelante.
PREVNAR 13 INJ	PNEUMOCOCCAL 13-VALENT CONJUGATE VACCINE INJ	Nivel 1		X		PRV	
PREVNAR 20 INJ	PNEUMOCOCCAL 20-VALENT CONJUGATE VACCINE SUS PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 1 mes en adelante.
PRIORIX INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA VIRUS VACCINES FOR SUBCUTANEOUS SUSP	Nivel 1		X		PRV	

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
PROQUAD INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA-VARICELLA VIRUS VACCINES FOR SUSP	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de entre 1 y 12 años.
QUADRACEL INJ 0.5ML	DIPH-TETANUS TOX AD-ACELL PERT & POLIO VIRUS, IPV VAC INJ	Nivel 1		X		PRV	
QUADRACEL INJ 0.5ML	DIPH-TETANUS-ACELL PERT-POLIO, IPV VACC SUSP PREF SYR 0.5 ML	Nivel 1		X		PRV	
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 10 MCG/ML	Nivel 1		X		PRV	
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 10 MCG/ML	Nivel 1		X		PRV	
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 5 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV	
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 5 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV	
RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 40 MCG/ML	Nivel 1		X		PRV	
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			
RINVOQ LQ SOL 1MG/ML	UPADACITINIB ORAL SOLN 1 MG/ML	Nivel 4	X	X			
ROTARIX SUS	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE ORAL SUSP	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 8 meses o menos.
ROTATEQ SOL	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE ORAL PENTAVALENT SOLN	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 8 meses o menos.
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	CYCLOSPORINE ORAL SOLN 100 MG/ML	Nivel 5					
SHINGRIX INJ 50/0.5ML	ZOSTER VAC RECOMB ADJUVANTED IM SUSP PREF SYR 50 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 19 años en adelante.
SHINGRIX INJ 50/0.5ML	ZOSTER VAC RECOMBINANT ADJUVANTED FOR IM INJ 50 MCG/0.5ML	Nivel 1		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 19 años en adelante.
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					

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
SKYRIZI INJ 150MG/ML	RISANKIZUMAB-RZAA SOLN PREFILLED 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 AUTOINJECTOR 150 MG/ML	**Nivel 4**	X	X			
SPIKEVAX INJ 2025-26	COVID-19 MRNA VAC 6MO-11YR-MODERNA IM SUSP PFS 25 MCG/0.25ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de entre 6 meses y 11 años.
SPIKEVAX INJ 2025-26	COVID-19 MRNA VACCINE-MODERNA IM SUSP PREF SYR 50 MCG/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 12 años en adelante.
STEQEYMA INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-STBA SOLN PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	**Nivel 4**	X	X			
STEQEYMA INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-STBA SUBCUTANEOUS SOLN 45 MG/0.5ML	**Nivel 4**	X	X			
STEQEYMA INJ 90MG/ML	USTEKINUMAB-STBA SOLN PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	**Nivel 4**	X	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**					
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			
TDVAX INJ 2-2 LF	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS (TD) INJ 2-2 LF/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
TENIVAC INJ 5-2LF	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS (TD) INJ 5-2 LF/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
TRUMENBA INJ	MENINGOCOCCAL GROUP B VAC (RECOMB) IM SUSP PREFILLED SYR	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 10 años en adelante.
TWINRIX INJ	HEP A-HEP B VACCINE SUSP PREF SYR 720-20 ELU-MCG/ML	**Nivel 1**		X		PRV	

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
VAQTA INJ 25/0.5ML	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 25 UNIT/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
VAQTA INJ 25/0.5ML	HEPATITIS A VACCINE SUSP PREFILLED SYR 25 UNIT/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
VAQTA INJ 50UNT/ML	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 50 UNIT/ML	**Nivel 1**		X		PRV	
VAQTA INJ 50UNT/ML	HEPATITIS A VACCINE SUSP PREFILLED SYR 50 UNIT/ML	**Nivel 1**		X		PRV	
VARIVAX INJ	VARICELLA VIRUS VAC LIVE FOR INJ 1350 PFU/0.5ML	**Nivel 1**		X		PRV	
VAXELIS INJ	DIPH-TET TOX-AC PERT AD-POLIO IPV-HIB-HEP B REC SUSP PRE SYR	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 4 años o menos.
VAXELIS INJ	DIPH-TET TOX-AC PERT AD-POLIO IPV-HIB-HEPATITIS B RECMB SUSP	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 4 años o menos.
VAXNEUVANCE INJ	PNEUMOCOCCAL 15-VALENT CONJUGATE VACCINE SUS PREF SYR 0.5 ML	**Nivel 1**		X		PRV-A	$0 de copago para miembros de 1 mes en adelante.
WEZLANA INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-AUUB INJ 45 MG/0.5ML	**Nivel 4**	X	X			
WEZLANA INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-AUUB SOLN PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	**Nivel 4**	X	X			
WEZLANA INJ 90MG/ML	USTEKINUMAB-AUUB SOLN PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	**Nivel 4**	X	X			
YESINTEK INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-KFCE SOLN PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	**Nivel 4**	X	X			
YESINTEK INJ 45/0.5ML	USTEKINUMAB-KFCE SUBCUTANEOUS SOLN 45 MG/0.5ML	**Nivel 4**	X	X			
YESINTEK INJ 90MG/ML	USTEKINUMAB-KFCE SOLN PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	**Nivel 4**	X	X			
Agentes para enfermedades intestinales inflamatorias							
BALSALAZIDE CAP 750MG	BALSALAZIDE DISODIUM CAP 750 MG	**Nivel 3**					
BUDESONIDE CAP 3MG DR	BUDESONIDE DELAYED RELEASE PARTICLES CAP 3 MG	**Nivel 3**					
BUDESONIDE CAP 3MG DR	BUDESONIDE DELAYED RELEASE PARTICLES CAP 3 MG	**Nivel 3**					
CORTIFOAM AER 90MG	HYDROCORTISONE ACETATE PERIANAL FOAM 10% (90 MG/DOSE)	**Nivel 3**					
DIPENTUM CAP 250MG	OLSALAZINE SODIUM CAP 250 MG	**Nivel 5**					
HYDROCORT ENE 100MG	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG/60ML	**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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
Agentes para la osteopatía metabólica						
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				
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 35MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 35 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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			
Agentes terapéuticos varios							
ACCU-CHEK KIT GUIDE	*Blood Glucose Monitoring Kit w/Device***	**Nivel 3**		X			
ACCU-CHEK KIT GUIDE ME	*Blood Glucose Monitoring Kit w/Device***	**Nivel 3**		X			
ACCU-CHEK TES GUIDE	Glucose Blood Test Strip	**Nivel 3**		X			
ACCU-CHEK TES GUIDE	Glucose Blood Test Strip	**Nivel 3**		X			
ALCOHOL PREP PAD	*ALCOHOL SWABS***	**Nivel 1**					
AUTOPEN MIS 1-21UNIT	INJECTION DEVICE FOR INSULIN	**Nivel 1**					
CAYA DPR	*DIAPHRAGM ARC-SPRING***	**Nivel 1**				PRV	
CHEMSTRIP TES MICRAL	ALBUMIN (URINE) TEST STRIP	**Nivel 1**					
CHEMSTRIP K TES	ACETONE (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		PRV	
CONTOUR KIT NEXT	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	**Nivel 1**		X			
CONTOUR KIT NEXT EZ	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	**Nivel 1**		X			
CONTOUR TES NEXT	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	**Nivel 1**		X			
CONTOUR TES NEXT	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	**Nivel 1**		X			
CONTOUR TES NEXT	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	**Nivel 1**		X			
CONTOUR NEXT KIT GEN	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	**Nivel 1**		X			
CONTOUR NEXT KIT GEN	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	**Nivel 1**		X			
CONTOUR NEXT KIT ONE	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	**Nivel 1**		X			
CONTOUR NEXT KIT ONE	*Blood Glucose Monitoring Kit***	**Nivel 1**		X			
CONTOUR PLUS KIT BLUE	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	**Nivel 1**		X			
CONTOUR PLUS TES BLD GLUC	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	**Nivel 1**		X			
COUNT-A-DOSE MIS	*INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES MISC***	**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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X			
DEXCOM G6 MIS SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X			
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM TRANSMITTER***	Nivel 5	X	X			
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X			
DEXCOM G7 MIS SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X			
DEXCOM G7 MIS SNSR 15D	*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					
DROPLET MICR MIS 34GX9/64	INSULIN PEN NEEDLE 34 G X 3.5 MM (9/64")	Nivel 1					
DUREX MIS REALFEEL	Condoms Non-Latex Lubricated	Nivel 1		X		PRV	
DUREX MIS TROPICAL	Condoms Latex Lubricated	Nivel 1		X		PRV	
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					
ESKATA SOL 40%	HYDROGEN PEROXIDE SOLN 40%	Nivel 5					
FC2 FEMALE MIS CONDOM	*Condoms Female***	Nivel 1		X		PRV	
FEMCAP MIS 22MM	CERVICAL CAP 22 MM	Nivel 1				PRV	
FEMCAP MIS 26MM	CERVICAL CAP 26 MM	Nivel 1				PRV	
FEMCAP MIS 30MM	CERVICAL CAP 30 MM	Nivel 1				PRV	
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	*SPACER/AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES MASKS***	Nivel 2		X			
FREESTYLE MIS READER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X			
FREESTYLE LB KIT 14D/SEN	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X			
FREESTYLE LB KIT 2/SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X			
FREESTYLE LB KIT 2PLS/SEN	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X			
FREESTYLE LB KIT 3/SENSOR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X			
FREESTYLE LB KIT 3PLS/SEN	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR***	Nivel 5	X	X			
FREESTYLE LB MIS 14D/RDR	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X			
FREESTYLE LB MIS 2/READER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
FREESTYLE LB MIS 3/ READER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X		
FREESTYLE LB MIS 3/ READER	*CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER***	Nivel 5	X	X		
GAUZE PAD 2"X2"	*GAUZE PADS & DRESSINGS PADS 2" X 2"***	Nivel 3				
IHEALTH LIQ CONTROL	*Blood Glucose Calibration Liquid***	Nivel 1		X		
INS SYR U500 MIS 0.5/31G	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		
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 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 0.3/31G	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 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 0.5/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1/2 ML 31 X 15/64"	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 0.5/32G	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 1/2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 28 X 5/16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 29 X 1/2"	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 1/2"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 30 X 5/16"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 31 X 15/64"	Nivel 1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G	INSULIN SYRINGE/NEEDLE U-100 1 ML 31 X 5/16"	Nivel 1				
KETO-DIASTIX TES	*URINE GLUCOSE-KETONES TEST STRIPS***	Nivel 1				
LANCET DEVIC MIS ADJUST	*Lancet Devices***	Nivel 1				
LANCETS MIS	*Lancets***	Nivel 1				
LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML	LEVOCARNITINE ORAL SOLN 1 GM/10ML (10%)	Nivel 3				
LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML	LEVOCARNITINE ORAL SOLN 1 GM/10ML (10%)	Nivel 3				
LEVOCARNITIN TAB 330MG	LEVOCARNITINE TAB 330 MG	Nivel 2				
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 DISPOSAL	*SHARPS CONTAINER MISC***	Nivel 1				
NOVOFINE MIS 32GX6MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 6 MM (1/4" OR 15/64")	Nivel 1				
NOVOFINE AUT MIS 30GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 30 G X 8 MM (1/3" OR 5/16")	Nivel 1				
NOVOFINE PLS MIS 32GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 4 MM (1/6" OR 5/32")	Nivel 1				
NOVOPEN ECHO MIS	INJECTION DEVICE FOR INSULIN	Nivel 1				
OMNIFLEX DPR	*DIAPHRAGMS***	Nivel 1				PRV
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 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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6	*INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP KIT***	Nivel 5	X	X		
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	*INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP RESERVOIR***	Nivel 5	X	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				
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				
PRECISN XTRA TES KETONE	KETONE BLOOD TEST STRIP	Nivel 1				
PRODIGY KIT NO CODIN	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY AUTO KIT MONITOR	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	Nivel 5	X	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 AUTO MIS SYSTEM	*BLOOD GLUCOSE MONITORING DEVICES***	Nivel 5	X	X		
PRODIGY NO TES CODING	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	Nivel 5	X	X		
PRODIGY NO TES CODING	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	Nivel 5	X	X		
PRODIGY NO TES CODING	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
PRODIGY PCKT KIT METER	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	Nivel 5	X	X			
PRODIGY VOIC KIT METER	*BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT W/DEVICE***	Nivel 5	X	X			
QUICK TOUCH MIS 32GX5MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 5 MM (1/5" OR 3/16")	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					
SELECT-LITE KIT DEV/ LANC	*Lancets Kit***	Nivel 1		X			
TRUE METRIX SOL LEVEL 1	*Blood Glucose Calibration Liquid Low***	Nivel 1		X			
TRUE METRIX SOL LEVEL 2	*Blood Glucose Calibration Liquid Normal***	Nivel 1		X			
TRUE METRIX SOL LEVEL 3	*Blood Glucose Calibration Liquid High***	Nivel 1		X			
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				PRV	
WIDE-SEAL DPR KIT 65	DIAPHRAGM WIDE SEAL 65 MM	Nivel 1				PRV	
WIDE-SEAL DPR KIT 70	DIAPHRAGM WIDE SEAL 70 MM	Nivel 1				PRV	
WIDE-SEAL DPR KIT 75	DIAPHRAGM WIDE SEAL 75 MM	Nivel 1				PRV	
WIDE-SEAL DPR KIT 80	DIAPHRAGM WIDE SEAL 80 MM	Nivel 1				PRV	
WIDE-SEAL DPR KIT 85	DIAPHRAGM WIDE SEAL 85 MM	Nivel 1				PRV	
WIDE-SEAL DPR KIT 90	DIAPHRAGM WIDE SEAL 90 MM	Nivel 1				PRV	
WIDE-SEAL DPR KIT 95	DIAPHRAGM WIDE SEAL 95 MM	Nivel 1				PRV	
Agentes oftálmicos							
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					
AKTEN GEL 3.5% OP	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	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				
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		
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				
BIMATOPROST SOL 0.01% OP	BIMATOPROST OPHTH SOLN 0.01%	Nivel 3		X		
BIMATOPROST SOL 0.01% OP	BIMATOPROST OPHTH SOLN 0.01%	Nivel 3		X		
BRIMO/TIMOLO SOL 0.2/0.5%	BRIMONIDINE TARTRATE-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.2-0.5%	Nivel 3		X		
BRIMONIDINE SOL 0.15% OP	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		
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				
CYCLOPENTOL SOL 1% OP	CYCLOPENTOLATE HCL OPHTH SOLN 1%	Nivel 2				
CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP	CYCLOSPORINE (OPHTH) EMULSION 0.05% (PF)	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP	CYCLOSPORINE (OPHTH) EMULSION 0.05% (PF)	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%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			
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 0.5% OP	ERYTHROMYCIN OPHTH OINT 5 MG/GM	Nivel 2				PRV*	$0 de copago una vez que su proveedor de cuidado de la salud 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					
KETOROLAC SOL 0.4% OP	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.4%	Nivel 2					
KETOROLAC SOL 0.5% OP	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2					
KETOROLAC SOL 0.5% OP	KETOROLAC TROMETHAMINE 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
LASTACAFT 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 0.5%	LEVOFLOXACIN 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		
LOTEPR/TOBRA SUS 0.5-0.3%	LOTEPREDNOL ETABONATE-TOBRAMYCIN OPHTH SUSP 0.5-0.3%	Nivel 3				
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		
METHAZOLAMID TAB 25MG	METHAZOLAMIDE TAB 25 MG	Nivel 3				
METHAZOLAMID TAB 50MG	METHAZOLAMIDE TAB 50 MG	Nivel 3				
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 EQ) (2 TIMES DAILY)	Nivel 2				
MOXIFLOXACIN SOL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIV)	Nivel 2				
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				
PHENYLEPHRIN SOL 10% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 10%	Nivel 2				
PHENYLEPHRIN SOL 2.5% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 2.5%	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
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				
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	
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				
TIMOLOL HEMI SOL 0.5% OP	TIMOLOL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 3		X		
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.25%	Nivel 2				
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 2				
TIMOLOL MALE SOL 0.5%	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.5% (ONCE-DAILY)	Nivel 3				
TIMOLOL MALE SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.5% (ONCE-DAILY)	Nivel 3				
TOBRA/DEXAME SUS 0.3-0.1%	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE OPHTH SUSP 0.3-0.1%	Nivel 3				
TOBRAMYCIN SOL 0.3% OP	TOBRAMYCIN OPHTH SOLN 0.3%	Nivel 2				
TRAVOPROST DRO 0.004%	TRAVOPROST OPHTH SOLN 0.004% (BENZALKONIUM FREE) (BAK FREE)	Nivel 3		X		
TRIFLURIDINE SOL 1% OP	TRIFLURIDINE OPHTH SOLN 1%	Nivel 3				
ZIRGAN GEL 0.15%	GANCICLOVIR OPHTH GEL 0.15%	Nivel 5				
Agentes óticos						
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	

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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% OT	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	Nivel 3				
FLUOCINOLONE OIL 0.01% OT	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	Nivel 3				
FLUOCINOLONE OIL 0.01% OT	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				
Agentes pulmonares o del tracto respiratorio						
ACETYLCYST SOL 10%	ACETYLCYSTEINE INHAL SOLN 10%	Nivel 2				
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		
AIRSUPRA AER 90-80MCG	ALBUTEROL-BUDESONIDE INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	Nivel 5				
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	Nivel 1				
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
AMBRISENTAN TAB 10MG	AMBRISENTAN TAB 10 MG	Nivel 4	X	X		
AMBRISENTAN TAB 5MG	AMBRISENTAN 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 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 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		
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
BOSENTAN TAB 125MG	BOSENTAN TAB 125 MG	**Nivel 4**	X	X		
BOSENTAN TAB 62.5MG	BOSENTAN TAB 62.5 MG	**Nivel 4**	X	X		
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		
BREZTRI AERO AER SPHERE	BUDESONIDE-GLYCOPYRROLATE-FORMOTEROL AERS 160-9-4.8 MCG/ACT	**Nivel 3**		X		
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**				
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		
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**				
DESLORATADIN TAB 5MG	DESLORATADINE 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**				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.15ML (1:1000)	Nivel 1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3ML (1:2000)	Nivel 1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3ML (1:2000)	Nivel 1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3ML (1:1000)	Nivel 1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3ML (1:1000)	Nivel 1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 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		
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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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				
HYDROXYZINE SYP 10MG/5ML	HYDROXYZINE HCL SYRUP 10 MG/5ML	Nivel 1				
HYPERSAL NEB 3.5%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3.5%	Nivel 3				
HYPERSAL NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	Nivel 3				
IPRATROPIUM AER 17MCG	IPRATROPIUM BROMIDE HFA INHAL AEROSOL 17 MCG/ACT	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 ALBUTER	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		

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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		
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 X 0.125MG & 42 X0.25MG	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB MONTH 2	TREPROSTINIL TAB ER TITR PK (MO2) 126 X0.125MG & 210 X 0.25MG	Nivel 6	X	X		
ORENITRAM TAB MONTH 3	TREPROSTINIL TAB ER TITR PK(MO3) 1 26 X 0.125MG&42 X0 .25MG&84 X 1MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI GRA 100-125	LUMACAFTOR-IVACAFTOR GRANULES PACKET 100-125 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI GRA 150-188	LUMACAFTOR-IVACAFTOR GRANULES PACKET 150-188 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI GRA 75-94MG	LUMACAFTOR-IVACAFTOR GRANULES PACKET 75-94 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI TAB 100-125	LUMACAFTOR-IVACAFTOR TAB 100-125 MG	Nivel 6	X	X		
ORKAMBI TAB 200-125	LUMACAFTOR-IVACAFTOR 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 CODEINE	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 DM	PROMETHAZINE-DM SYRUP 6.25-15 MG/5ML	Nivel 2				
PROMETHAZINE SYP DM	PROMETHAZINE-DM SYRUP 6.25-15 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 SUSPENSION 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				
SOD CHLORIDE NEB 10%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 10%	Nivel 2				
SOD CHLORIDE NEB 3%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3%	Nivel 2				
SOD CHLORIDE NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	Nivel 2				
SPIRIVA RESP AER 1.25MCG	TIOTROPIUM BROMIDE INHAL AEROSOL 1.25 MCG/ACT	Nivel 3		X		
SPIRIVA RESP AER 2.5MCG	TIOTROPIUM BROMIDE INHAL AEROSOL 2.5 MCG/ACT	Nivel 3		X		
SPIRIVA RESP AER 2.5MCG	TIOTROPIUM BROMIDE INHAL AEROSOL 2.5 MCG/ACT	Nivel 3		X		
STIOLTO AER 2.5-2.5	TIOTROPIUM BR-OLODATEROL INHAL AERO SOLN 2.5-2.5 MCG/ACT	Nivel 3		X		
STIOLTO AER 2.5-2.5	TIOTROPIUM BR-OLODATEROL INHAL 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		
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				
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				

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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
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 INHAL CAP 18 MCG (BASE EQUIV)	Nivel 3		X		
TOBRAMYCIN NEB 300/5ML	TOBRAMYCIN NEBU SOLN 300 MG/5ML	Nivel 6	X	X		
TOBRAMYCIN NEB 300/5ML	TOBRAMYCIN NEBU SOLN 300 MG/5ML	Nivel 6	X	X		
TRELEGY AER 100MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUMVILANTEROL AEPB 100-62.5-25 MCG/ACT	Nivel 3		X		
TRELEGY AER 100MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUMVILANTEROL AEPB 100-62.5-25 MCG/ACT	Nivel 3		X		
TRELEGY AER 200MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUMVILANTEROL AEPB 200-62.5-25 MCG/ACT	Nivel 3		X		
TRELEGY AER 200MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUMVILANTEROL AEPB 200-62.5-25 MCG/ACT	Nivel 3		X		
TRIKAFTA PAK 59.5MG	ELEXACAF-TEZACAF-IVACAF 80-40-60 MG& IVACAF 59.5MG THPK GRAN	Nivel 6	X	X		
TRIKAFTA PAK 75MG	ELEXACAF-TEZACAF-IVACAF 100-50-75 MG& IVACAF 75MG THPK GRAN	Nivel 6	X	X		
TRIKAFTA TAB	ELEXACAF-TEZACAF-IVACAF 100-50-75 MG &IVACAFTOR 150 MG TBPK	Nivel 6	X	X		
TRIKAFTA TAB	ELEXACAF-TEZACAF-IVACAF 50-25-37.5 MG & IVACAFTOR 75 MG TBPK	Nivel 6	X	X		
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	CODEINE PHOS-CHLORPHENIRAMINE MALEATE TAB ER 12HR 54.3-8 MG	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 16MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 16 MCG/CARTRIDGE	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 DPI POW 80MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 80 MCG/CARTRIDGE	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW MAIN KIT	TREPROSTINIL INH POWDER 112 X 32MCG & 112 X 64MCG	Nivel 4	X	X		
TYVASO DPI POW MAIN KIT	TREPROSTINIL INH POWDER 112 X 48MCG & 112 X 64MCG	Nivel 4	X	X		
VENTAVIS SOL 10MCG/ML	ILOPROST INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML	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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas	
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					
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			
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		
Relajantes de músculos esqueléticos							
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					
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					
ORPHENADRINE TAB 100MG ER	ORPHENADRINE CITRATE TAB ER 12HR 100 MG	Nivel 2					
Agentes para trastornos del sueño							
ARMODAFINIL TAB 150MG	ARMODAFINIL TAB 150 MG	Nivel 1		X			
ARMODAFINIL TAB 200MG	ARMODAFINIL TAB 200 MG	Nivel 1		X			
ARMODAFINIL TAB 250MG	ARMODAFINIL TAB 250 MG	Nivel 1		X			
ARMODAFINIL TAB 50MG	ARMODAFINIL TAB 50 MG	Nivel 1		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*	
ESTAZOLAM TAB 1MG	ESTAZOLAM TAB 1 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notas
ESTAZOLAM TAB 2MG	ESTAZOLAM TAB 2 MG	**Nivel 2**		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		
MODAFINIL TAB 200MG	MODAFINIL TAB 200 MG	**Nivel 1**		X		
QUAZEPAM TAB 15MG	QUAZEPAM TAB 15 MG	**Nivel 3**				BH*
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*
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*
ZALEPLON CAP 10MG	ZALEPLON CAP 10 MG	**Nivel 2**		X		BH*
ZALEPLON CAP 5MG	ZALEPLON CAP 5 MG	**Nivel 2**		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*
ZOLPIDEM ER TAB 12.5MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB ER 12.5 MG	**Nivel 3**		X		BH*
ZOLPIDEM ER TAB 6.25MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB ER 6.25 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted si está dentro de cierto rango de edad
PRV* ..... Medicamentos preventivos que podrían estar 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 que podrían estar disponibles sin costo para usted cuando se recetan para la atención preventiva o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.
GLP-1 ..... Medicamentos de péptido similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1)

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	corticorelin 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
Alprolix	Factor IX, Fc fusion protein, (recombinant), Alprolix, 1 IU
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)
Altuviiio	Factor VIII/von Willebrand factor complex, recombinant (Altuviiio), per Factor VIII IU
Alyglo	Injection Immune Globulin Alyglo 500 Mg
Alyglo	immune globulin, intravenous, nonlyophilized (e.g., liquid), not otherwise specified, 500 mg
Alymsys	bevacizumab-maly, biosimilar, (Alymsys), 10 mg
ambisome	amphotericin B liposome, 10 mg
Ameluz	Aminolevulinic acid HCl for topical administration, 10% gel, 10 mg
amikacin injection	amikacin sulfate, 100 mg
aminophylline injection	aminophyllin, up to 250 mg
amiodarone injection	amiodarone HCl, 30 mg
Amondys 45	casimersen, 10 mg
Amphadase	hyaluronidase, up to 150 units
amphotericin B injection	amphotericin B, 50 mg
ampicillin sodium	ampicillin sodium, 500 mg
Amvuttra	vutrisiran, 1 mg
Amytal	amobarbital, up to 125 mg
Anascorp	Centruroides immune f(ab)2, up to 120 mg
Anavip	crotalidae immune F(ab')2 (equine), 120 mg
Andexxa	coagulation Factor Xa (recombinant), inactivated-zhzo (Andexxa), 10 mg
Anectine	succinylcholine chloride, up to 20 mg
Anjeso	meloxicam, 1 mg
Anktiva	nogapendekin alfa inbakicept-pmln, for intravesical use, 1 mcg
Annovera	Segesterone acetate and ethinyl estradiol 0.15 mg, 0.013 mg per 24 hours; yearly vaginal system, ea
Antiemetic drug rectal/suppository	Antiemetic drug, rectal/suppository, not otherwise specified
Aphexda	motixafortide, 0.25 mg
Apretude	cabotegravir, 1 mg
Aralast, Prolastin, Zemaira	alpha 1-proteinase inhibitor (human), not otherwise specified, 10 mg
Aranesp (For ESRD)	darbepoetin alfa, 1 mcg (for ESRD on dialysis)
Aranesp (for non-ESRD)	darbepoetin alfa, 1 mcg (non-ESRD use)
Arexvy	Respiratory syncytial virus vaccine, preF, recombinant, subunit, adjuvanted, for intramuscular use
argatroban (ESRD on dialysis)	argatroban, 1 mg (for ESRD on dialysis)
argatroban (for non-ESRD)	argatroban, 1 mg (for non-ESRD use)
argatroban, generic (Accord)	argatroban (Accord), not therapeutically equivalent to J0883, 1 mg (for non-ESRD use)
argatroban, generic (Accord)	argatroban (Accord), not therapeutically equivalent to J0884, 1 mg (for ESRD on dialysis)
argatroban, generic (Auromedics)	argatroban (AuroMedics), not therapeutically equivalent to J0883, 1 mg (for non-ESRD use)
argatroban, generic (Auromedics)	argatroban (AuroMedics), not therapeutically equivalent to J0884, 1 mg (for ESRD on dialysis)
Aridol	Mannitol, administered through an inhaler, 5 mg
Aristada	aripiprazole lauroxil, (Aristada), 1 mg
Aristada Initio	aripiprazole lauroxil, (Aristada Initio), 1 mg
Artesunate	artesunate, 1 mg
Arzerra	ofatumumab, 10 mg
Asceniv	immune globulin (Asceniv), 500 mg
Asparlas	calaspargase pegol-mknl, 10 units
ATGAM	Lymphocyte immune globulin, antithymocyte globulin, equine, parenteral, 250 mg
atropine sulfate	atropine sulfate, 0.01 mg
Atryn	antithrombin recombinant, 50 IU
Aveed	testosterone undecanoate, 1 mg
Avsola	infliximab-axxq, biosimilar, (AVSOLA), 10 mg
Avycaz	ceftazidime and avibactam, 0.5 g/0.125 g
Azactam	aztreonam, 100 mg
Azathioprine (IV)	Azathioprine, parenteral, 100 mg
azithromycin injection	azithromycin, 500 mg
Azmiro	testosterone cypionate (Azmiro), 1 mg
BAL in Oil	dimercaprol, per 100 mg
Balfaxar	prothrombin complex concentrate, human-lans, per IU of Factor IX activity
Barhemsys	amisulpride, 1 mg
Bavencio	avelumab, 10 mg
BCG Vaccine	Bacillus Calmette-Guerin vaccine (BCG) for tuberculosis, live, for percutaneous use
Bebulin	Factor IX complex, per IU
Beleodaq	belinostat, 10 mg
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	brolucizumab-dbll, 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 us
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	carmustine, 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
Blincyto	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-xiiy, 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	bupivicaine, 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
carmustine, generic (Accord)	carmustine (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
Casgevy	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
Ceprotin 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, mRNALNP, 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
cyclophosphamde, 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 (Xelia)	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
Doxycyline 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	Elliotts' 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
Ethyol	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
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)
Ferrlecit	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 us
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
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
Hylenex	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 immuneglobulin
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
Kimmtrak	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
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), 7.5 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), 7.5 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, diptheria 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-vjbk, 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
methylergonovine maleate	methylergonovine 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, opthalmic, 0.2 mg
mitoxantrone	mitoxantrone HCl, per 5 mg
Moderna COVID-19 vaccine	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2) (coronavirus disease [COVID-19]) vaccine, mRNALNP, 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, mRNALNP, 50 mcg/0.5 mL dosage, for intramuscular use
Monjuvi	tafasitamab-cxix, 2 mg
Monoferric	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
Nexviazyme	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
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
Otulfi	ustekinumab-aauz (Otulfi), 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
palonestron, 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, mRNALNP, 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, mRNALNP, 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
Photrexa - Photrexa Viscous	Riboflavin 5'-phosphate, ophthalmic solution, up to 3 ml
phytonadione injection	phytonadione (vitamin K), per 1 mg
Piasky	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 - jslm, 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 10¹³ 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)
Synojoynt	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 acetonide, 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
Trodelvy	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
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	velaglucerase alfa, 100 units
Vyepti	eptinezumab-jjmr, 1 mg
Vyjuvek	Beremagene geperpavec-svdt for topical administration, containing nominal 5 x 10⁹ 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
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 5x10^15 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 52
ABACAVIR SOL 20MG/ML 52
ABACAVIR TAB 300MG 52
ABIGALE LO TAB 0.5-0.1 108
ABIGALE TAB 1-0.5MG 108
ABIRATERONE TAB 250MG 40
ABIRATERONE TAB 500MG 40
ABRYSVO INJ 125
ABRYSVO INJ 120MCG 125
ACAMPRO CAL TAB 333MG 16
ACARBOSE TAB 25MG 58
ACARBOSE TAB 50MG 58
ACARBOSE TAB 100MG 58
ACCU-CHEK KIT GUIDE 137
ACCU-CHEK KIT GUIDE ME 137
ACCU-CHEK TES GUIDE 137
ACCU-CHEK TES GUIDE 137
ACCUTANE CAP 10MG 87
ACCUTANE CAP 20MG 87
ACCUTANE CAP 30MG 87
ACCUTANE CAP 40MG 87
ACEBUTOLOL CAP 200MG 67
ACEBUTOLOL CAP 400MG 67
ACETAZOLAMID CAP 500MG ER 142
ACETAZOLAMID TAB 125MG 142
ACETAZOLAMID TAB 250MG 142
ACETIC ACID SOL 2% OTIC 146
ACETYLCYST SOL 10% 147
ACETYLCYST SOL 20% 147
ACITRETIN CAP 10MG 87
ACITRETIN CAP 17.5MG 87
ACITRETIN CAP 25MG 87
ACTHIB INJ 125
ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5 125
ACYCLOVIR CAP 200MG 52
ACYCLOVIR OIN 5% 87
ACYCLOVIR SUS 200/5ML 52
ACYCLOVIR SUS 800/20ML 52
ACYCLOVIR TAB 400MG 52
ACYCLOVIR TAB 800MG 52
ADACEL INJ 125
ADACEL INJ 125
ADALIMU-ADAZ INJ 10/0.1ML 125
ADALIMU-ADAZ INJ 20/0.2ML 125
ADALIMU-ADAZ INJ 20/0.2ML 125
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML 125
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML 125
ADALIMU-ADAZ INJ 80/0.8ML 125
ADALIMU-ADBM KIT 10/0.2ML 125
ADALIMU-ADBM KIT 20/0.4ML 126
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML 126
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML 126
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML 126
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.4ML 126
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML 126
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML 126
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML 126
ADALIMU-ADBM KIT 40/0.8ML 126
ADAPALENE CRE 0.1% 87
ADAPALENE GEL 0.1% 87
ADAPALENE GEL 0.3% 87
ADAPALENE GEL 0.3% PMP 87
ADEFOV DIPIV TAB 10MG 52
ADEMPAS TAB 0.5MG 147
ADEMPAS TAB 1.5MG 147
ADEMPAS TAB 1MG 147
ADEMPAS TAB 2.5MG 147
ADEMPAS TAB 2MG 147
AFIRMELLE TAB 0.1-0.02 108
AFLURIA INJ 2025-26 126
AFLURIA INJ 2025-26 126
AFTERA TAB 1.5MG 108
AFTERPILL TAB 1.5MG 108
AIMOVIG INJ 70MG/ML 37
AIMOVIG INJ 140MG/ML 37
AIRSUPRA AER 90-80MCG 147
AKTEN GEL 3.5% OP 142
ALBENDAZOLE TAB 200MG 46
ALBUTEROL AER HFA 147
ALBUTEROL AER HFA 147
ALBUTEROL AER HFA 147
ALBUTEROL AER HFA 147
ALBUTEROL AER HFA 147
ALBUTEROL AER HFA 147
ALBUTEROL AER HFA 147
ALBUTEROL AER HFA 147
ALBUTEROL AER HFA 148
ALBUTEROL NEB 0.5% 148
ALBUTEROL NEB 0.63MG/3 148
ALBUTEROL NEB 0.083% 148
ALBUTEROL NEB 1.25MG/3 148
ALBUTEROL SYP 2MG/5ML 148
ALBUTEROL SYP 8MG/20ML 148
ALBUTEROL TAB 2MG 148
ALBUTEROL TAB 4MG 148
ALCLOMETASON CRE 0.05% 87
ALCLOMETASON OIN 0.05% 87
ALCOHOL PREP PAD 137
ALECENSA CAP 150MG 40
ALENDRONATE SOL 70/75ML 136
ALENDRONATE TAB 10MG 136
ALENDRONATE TAB 35MG 136
ALENDRONATE TAB 70MG 136
ALFUZOSIN TAB 10MG ER 104
ALINIA SUS 100/5ML 46
ALLOPURINOL TAB 100MG 37
ALLOPURINOL TAB 300MG 37
ALMOTRIP MAL TAB 6.25MG 37
ALMOTRIP MAL TAB 12.5MG 37
ALMOTRIPTAN TAB 6.25MG 37
ALMOTRIPTAN TAB 12.5MG 37
ALOCRIL SOL 2% 142
ALOMIDE SOL 0.1% OP 142
ALOSETRON TAB 0.5MG 98
ALOSETRON TAB 1MG 98
ALPRAZOLAM CON 1 MG/ ML 56
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG 56
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG ER 56
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG OD 56
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG XR 57
ALPRAZOLAM TAB 0.25MG 56
ALPRAZOLAM TAB 0.25 ODT 56
ALPRAZOLAM TAB 1MG 57
ALPRAZOLAM TAB 1MG ER 57
ALPRAZOLAM TAB 1MG ODT 57
ALPRAZOLAM TAB 1MG XR 57
ALPRAZOLAM TAB 2MG 57
ALPRAZOLAM TAB 2MG ER 57
ALPRAZOLAM TAB 2MG ODT 57
ALPRAZOLAM TAB 2MG XR 57
ALPRAZOLAM TAB 3MG ER 57
ALPRAZOLAM TAB 3MG XR 57
ALTACAINE SOL 0.5% OP 142
ALTAFRIN SOL 2.5% OP 143
ALTAFRIN SOL 10% OP 142
ALTAVERA TAB 108
ALVESCO AER 80MCG 148
ALVESCO AER 160MCG 148
ALVIMOPAN CAP 12MG 98
ALYACEN TAB 1/35 108
ALYACEN TAB 7/7/7 108
ALYQ TAB 20MG 148
AMABELZ TAB 0.5-0.1 108
AMANTADINE CAP 100MG 52
AMANTADINE SOL 50MG/5ML 52
AMANTADINE SOL 100/10ML 52
AMANTADINE TAB 100MG 52
AMBRISENTAN TAB 5MG 148
AMBRISENTAN TAB 10MG 148
AMCINONIDE CRE 0.1% 87
AMCINONIDE OIN 0.1% 87
AMETHYST TAB 90-20MCG 108
AMILOR/HCTZ TAB 5-50 67
AMILORIDE TAB 5MG 67
AMINOCAPR AC TAB 500MG 63
AMINOCAPR AC TAB 1000MG 63

AMINOCAPROIC SOL 0.25/ML 63
AMIODARONE TAB 100MG 67
AMIODARONE TAB 200MG 67
AMIODARONE TAB 400MG 67
AMITRIPTYLIN TAB 10MG 30
AMITRIPTYLIN TAB 25MG 30
AMITRIPTYLIN TAB 50MG 30
AMITRIPTYLIN TAB 75MG 30
AMITRIPTYLIN TAB 100MG 30
AMITRIPTYLIN TAB 150MG 30
AMJEVITA INJ 20/0.2ML 126
AMJEVITA INJ 40/0.4ML 126
AMJEVITA INJ 40/0.4ML 126
AMJEVITA INJ 80/0.8ML 126
AMLOD/BENAZP CAP 2.5-10MG 67
AMLOD/BENAZP CAP 5-10MG 67
AMLOD/BENAZP CAP 5-20MG 67
AMLOD/BENAZP CAP 5-40MG 67
AMLOD/BENAZP CAP 10-20MG 67
AMLOD/BENAZP CAP 10-40MG 67
AMLODIPINE TAB 2.5MG 67
AMLODIPINE TAB 5MG 67
AMLODIPINE TAB 10MG 67
AMLOD/VALSAR TAB 5-160MG 67
AMLOD/VALSAR TAB 5-320MG 67
AMLOD/VALSAR TAB 10-160MG 67
AMLOD/VALSAR TAB 10-320MG 67
AMMONIUM LAC CRE 12% 87
AMNESTEEM CAP 10MG 87
AMNESTEEM CAP 20MG 87
AMNESTEEM CAP 30MG 87
AMNESTEEM CAP 40MG 87
AMOXAPINE TAB 25MG 30
AMOXAPINE TAB 50MG 30
AMOXAPINE TAB 100MG 30
AMOXAPINE TAB 150MG 30
AMOXICILLIN CAP 250MG 19
AMOXICILLIN CAP 500MG 19
AMOXICILLIN CHW 125MG 19
AMOXICILLIN CHW 250MG 19
AMOXICILLIN SUS 125/5ML 19
AMOXICILLIN SUS 200/5ML 19
AMOXICILLIN SUS 250/5ML 19
AMOXICILLIN SUS 250/5ML 19
AMOXICILLIN SUS 400/5ML 19
AMOXICILLIN TAB 500MG 19
AMOXICILLIN TAB 875MG 19
AMOX/K CLAV CHW 200MG 18
AMOX/K CLAV CHW 400MG 18
AMOX/K CLAV SUS 200/5ML 18
AMOX/K CLAV SUS 250/5ML 18
AMOX/K CLAV SUS 400/5ML 18
AMOX/K CLAV SUS 600/5ML 18
AMOX/K CLAV SUS 600/5ML 18
AMOX/K CLAV TAB 250-125 18
AMOX/K CLAV TAB 500-125 19
AMOX/K CLAV TAB 875-125 19
AMPHETAMINE TAB 5MG 83
AMPHETAMINE TAB 10MG 83
AMPHET/DEXTR CAP 5MG ER 83
AMPHET/DEXTR CAP 10MG ER 83
AMPHET/DEXTR CAP 15MG ER 83
AMPHET/DEXTR CAP 20MG ER 83
AMPHET/DEXTR CAP 25MG ER 83
AMPHET/DEXTR CAP 30MG ER 83
AMPHET/DEXTR TAB 5MG 83
AMPHET/DEXTR TAB 7.5MG 83
AMPHET/DEXTR TAB 10MG 83
AMPHET/DEXTR TAB 12.5MG 83
AMPHET/DEXTR TAB 15MG 83
AMPHET/DEXTR TAB 20MG 83
AMPHET/DEXTR TAB 30MG 83
AMPICILLIN CAP 500MG 19
ANAGRELIDE CAP 0.5MG 63
ANAGRELIDE CAP 1MG 63
ANALPRAM-HC LOT 2.5% 88
ANASTROZOLE TAB 1MG 40
ANNOVERA MIS 108
APAP-CAFFEIN CAP DIHYDROC 10
APAP/CODEINE SOL 120-12/5 10
APAP/CODEINE SOL 300-30MG 10
APAP/CODEINE TAB 300-15MG 10
APAP/CODEINE TAB 300-15MG 10
APAP/CODEINE TAB 300-30MG 10
APAP/CODEINE TAB 300-30MG 10
APAP/CODEINE TAB 300-60MG 10
APAP/CODEINE TAB 300-60MG 10
APOMORPHINE INJ 30MG/3ML 47
APRACLONIDIN SOL 0.5% OP 143
APREPITANT CAP 40MG 34
APREPITANT CAP 80MG 34
APREPITANT CAP 125 & 80 34
APREPITANT CAP 125MG 34
APRI TAB 108
APTIVUS CAP 250MG 52
ARANELLE TAB 108
ARANESP INJ 10MCG 63
ARANESP INJ 25MCG 63
ARANESP INJ 25MCG 63
ARANESP INJ 40MCG 63
ARANESP INJ 40MCG 63
ARANESP INJ 60MCG 63
ARANESP INJ 60MCG 63
ARANESP INJ 100MCG 63
ARANESP INJ 100MCG 63
ARANESP INJ 150MCG 63
ARANESP INJ 200MCG 63
ARANESP INJ 200MCG 63
ARANESP INJ 300MCG 63
ARANESP INJ 500MCG 63
AREXVY INJ 120MCG 126
ARFORMOTEROL NEB 15/2ML 148
ARIPIPRAZOLE SOL 1MG/ ML 48
ARIPIPRAZOLE TAB 2MG 48
ARIPIPRAZOLE TAB 5MG 48
ARIPIPRAZOLE TAB 10MG 48
ARIPIPRAZOLE TAB 15MG 48
ARIPIPRAZOLE TAB 20MG 48
ARIPIPRAZOLE TAB 30MG 48
ARMODAFINIL TAB 50MG 155
ARMODAFINIL TAB 150MG 155
ARMODAFINIL TAB 200MG 155
ARMODAFINIL TAB 250MG 155
ARMOUR THYRO TAB 15MG 119
ARMOUR THYRO TAB 30MG 120
ARMOUR THYRO TAB 60MG 120
ARMOUR THYRO TAB 90MG 120
ARMOUR THYRO TAB 120MG 119
ARMOUR THYRO TAB 180MG 119
ARMOUR THYRO TAB 240MG 119
ARMOUR THYRO TAB 300MG 120
ARNUITY ELPT INH 50MCG 148
ARNUITY ELPT INH 100MCG 148
ARNUITY ELPT INH 100MCG 148
ARNUITY ELPT INH 200MCG 148
ARNUITY ELPT INH 200MCG 148
ASA/DIPYRIDA CAP 25-200MG 63
ASCOMP/COD CAP 30MG 10
ASENAPINE SUB 2.5MG 48
ASENAPINE SUB 5MG 49
ASENAPINE SUB 10MG 48
ASHLYNA TAB 108
ASPIRIN LOW CHW 81MG 10
ASPIRIN LOW TAB 81MG EC 10
ASPIRIN LOW TAB 81MG EC 10
ATABEX EC TAB 29-1MG 93
ATABEX OB TAB 29-1MG 93
ATAZANAVIR CAP 150MG 52
ATAZANAVIR CAP 200MG 53
ATAZANAVIR CAP 300MG 53
ATENOL/CHLOR TAB 50-25MG 68
ATENOL/CHLOR TAB 100-25MG 68
ATENOLOL TAB 25MG 68
ATENOLOL TAB 50MG 68
ATENOLOL TAB 100MG 68
ATORVASTATIN TAB 10MG 68
ATORVASTATIN TAB 20MG 68
ATORVASTATIN TAB 40MG 68
ATORVASTATIN TAB 80MG 68
ATOVAQ/PROGU TAB 62.5-25 46
ATOVAQ/PROGU TAB 250-100 46
ATOVAQUONE SUS 750/5ML 46

ATROPINE SUL SOL 1% OP 143
ATROPINE SUL SOL 1% OP 143
ATROVENT HFA AER 17MCG..... 148
AUBRA EQ TAB 0.1-0.02..... 108
AUROVELA 24 TAB FE 1/20 108
AUROVELA FE TAB 1.5/30 108
AUROVELA FE TAB 1/20 108
AUROVELA TAB 1.5/30..... 108
AUROVELA TAB 1/20..... 108
AUSTEDO TAB 6MG..... 83
AUSTEDO TAB 9MG..... 83
AUSTEDO TAB 12MG..... 83
AUSTEDO XR TAB 6MG 84
AUSTEDO XR TAB 12MG 83
AUSTEDO XR TAB 18MG 83
AUSTEDO XR TAB 24MG 83
AUSTEDO XR TAB 30MG..... 83
AUSTEDO XR TAB 36MG..... 84
AUSTEDO XR TAB 42MG 84
AUSTEDO XR TAB 48MG..... 84
AUSTEDO XR TAB TITR KIT 84
AUSTEDO XR TAB TITR KIT 84
AUTOPEN MIS 1-21UNIT..... 137
AVIANE TAB 108
AVONEX PEN KIT 30MCG..... 84
AVONEX PREFL KIT 30MCG..... 84
AVTOZMA INJ 162/0.9 126
AVTOZMA INJ 162/0.9 126
AYUNA TAB..... 108
AZASITE SOL 1% 143
AZATHIOPRINE TAB 50MG 126
AZELAIC ACID GEL 15% 88
AZELASTINE DRO 0.05% 143
AZELASTINE SPR 0.1%..... 148
AZITHROMYCIN POW 1GM PAK 19
AZITHROMYCIN SUS 100/5ML.....19
AZITHROMYCIN SUS 200/5ML.....19
AZITHROMYCIN TAB 250MG 19
AZITHROMYCIN TAB 250MG 19
AZITHROMYCIN TAB 500MG.....19
AZITHROMYCIN TAB 500MG.....19
AZITHROMYCIN TAB 600MG.....19
AZURETTE TAB..... 108
BACIT/POLYMY OIN OP 143
BACITRACIN OIN OP 143
BACLOFEN TAB 5MG 52
BACLOFEN TAB 10MG 52
BACLOFEN TAB 20MG..... 52
BAC TAB 84
BALSALAZIDE CAP 750MG..... 135
BALZIVA TAB 108
BAQSIMI ONE POW 3MG/ DOSE..... 58
BAQSIMI TWO POW 3MG/ DOSE..... 58
BARACLUDE SOL 53
BASAGLAR KWP INJ 100/ ML..... 58
BAXDELA TAB 450MG 19
BD GLUCOSE CHW 5GM..... 58
BELSOMRA TAB 5MG 155
BELSOMRA TAB 10MG 155
BELSOMRA TAB 15MG 155
BELSOMRA TAB 20MG..... 155
BENAZEP/HCTZ TAB 5-6.25MG..... 68
BENAZEP/HCTZ TAB 5-6.25MG..... 68
BENAZEP/HCTZ TAB 10-12.5..... 68
BENAZEP/HCTZ TAB 20-12.5..... 68
BENAZEP/HCTZ TAB 20-25MG 68
BENAZEPRIL TAB 5MG..... 68
BENAZEPRIL TAB 10MG 68
BENAZEPRIL TAB 20MG..... 68
BENAZEPRIL TAB 40MG..... 68
BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG..... 46
BENZNIDAZOLE TAB 100MG..... 46
BENZONATATE CAP 100MG 148
BENZONATATE CAP 200MG 148
BENZTROPINE TAB 0.5MG..... 47
BENZTROPINE TAB 1MG..... 47
BENZTROPINE TAB 2MG..... 47
BEPOTASTINE DRO 1.5% OP..... 143
BEPOTASTINE DRO 1.5% OP..... 143
BETADINE SOL 5% OP 143
BETA DIPROP CRE 0.05% 88
BETA DIPROP GEL 0.05% 88
BETA DIPROP LOT 0.05% 88
BETA DIPROP OIN 0.05% 88
BETAINE ANHY POW..... 103
BETAMETH DIP CRE 0.05% 88
BETAMETH DIP LOT 0.05%..... 88
BETAMETH DIP OIN 0.05% 88
BETAMETH VAL CRE 0.1%..... 88
BETAMETH VAL LOT 0.1% 88
BETAMETH VAL OIN 0.1% 88
BETASERON INJ 0.3MG..... 84
BETAXOLOL SOL 0.5% OP 143
BETAXOLOL TAB 10MG 68
BETAXOLOL TAB 20MG..... 68
BETHANECHOL TAB 5MG 104
BETHANECHOL TAB 10MG 104
BETHANECHOL TAB 25MG 104
BETHANECHOL TAB 50MG..... 104
BEVESPI AER 9-4.8MCG..... 148
BEXAROTENE CAP 75MG..... 40
BEXAROTENE GEL 1%..... 40
BEXSERO INJ 127
BEYFORTUS INJ 50/0.5ML 127
BEYFORTUS INJ 100MG/ ML..... 127
BICALUTAMIDE TAB 50MG..... 40
BIJUVA CAP 0.5-100 108
BIKTARVY TAB..... 53
BIKTARVY TAB..... 53
BIMATOPROST SOL 0.01% OP..... 143
BIMATOPROST SOL 0.01% OP..... 143
BISACODYL TAB 5MG EC..... 98
BISOPRL/HCTZ TAB 2.5/6.25 68
BISOPRL/HCTZ TAB 5-6.25MG..... 68
BISOPRL/HCTZ TAB 10/6.25..... 68
BISOPROL FUM TAB 2.5MG..... 68
BISOPROL FUM TAB 5MG 68
BISOPROL FUM TAB 10MG 68
BLISOVI 24 TAB FE 1/20 109
BLISOVI FE TAB 1.5/30.....109
BLISOVI FE TAB 1/20 109
BOOSTRIX INJ 127
BOOSTRIX INJ 127
BOSENTAN TAB 62.5MG 149
BOSENTAN TAB 125MG 149
BOSULIF CAP 50MG..... 40
BOSULIF CAP 100MG..... 40
BREYNA AER 80/4.5..... 149
BREYNA AER 160/4.5..... 149
BREZTRI AERO AER SPHERE..... 149
BREZTRI AERO AER SPHERE..... 149
BRIELLYN TAB.....109
BRIMONIDINE GEL 0.33% 88
BRIMONIDINE SOL 0.2% OP..... 143
BRIMONIDINE SOL 0.15% OP 143
BRIMO/TIMOLO SOL 0.2/0.5% 143
BRINZOLAMIDE SUS 1% 143
BRINZOLAMIDE SUS 1% OP 143
BROMFENAC DRO 0.09% OP..... 143
BROMFENAC DRO 0.09% OP..... 143
BROMOCRIPTIN CAP 5MG 47
BROMOCRIPTIN TAB 2.5MG..... 47
BROM/PSE/DM SYP 2-30-10 149
BROM/PSE/DM SYP 2-30-10 149
BROM/PSE/DM SYP 2-30-10 149
BROM/PSE/DM SYP 2-30-10 149
BRUKINSA CAP 80MG 40
BRUKINSA TAB 160MG..... 40
BUDES/FORMOT AER 80-4.5 149
BUDES/FORMOT AER 160-4.5 149
BUDESONIDE CAP 3MG DR 135
BUDESONIDE CAP 3MG DR 135
BUDESONIDE SUS 0.5MG/2 149
BUDESONIDE SUS 0.25MG/2..... 149
BUDESONIDE SUS 1MG/2ML..... 149
BUMETANIDE TAB 0.5MG..... 68
BUMETANIDE TAB 1MG..... 68
BUMETANIDE TAB 2MG..... 68
BUPREN/NALOX MIS 2-0.5MG 16
BUPREN/NALOX MIS 4-1MG.....16
BUPREN/NALOX MIS 8-2MG 16
BUPREN/NALOX MIS 12-3MG 16

BUPREN/NALOX SUB 2-0.5MG 16
BUPREN/NALOX SUB 8-2MG 16
BUPRENORPHIN SUB 2MG 17
BUPRENORPHIN SUB 8MG 17
BUPROPION TAB 75MG 30
BUPROPION TAB 100MG 30
BUPROPION TAB 100MG SR 30
BUPROPION TAB 150MG SR 17
BUPROPION TAB 150MG SR 30
BUPROPION TAB 150MG SR 30
BUPROPION TAB 150MG XL 30
BUPROPION TAB 200MG SR 30
BUPROPION TAB 300MG XL 30
BUSPIRONE TAB 5MG 57
BUSPIRONE TAB 7.5MG 57
BUSPIRONE TAB 10MG 57
BUSPIRONE TAB 15MG 57
BUSPIRONE TAB 30MG 57
BUTAL/APAP TAB 50-325MG 84
BUTALB/ACETA TAB 50-300MG 84
BUT/APAP/CAF CAP 84
BUT/APAP/CAF CAP 84
BUT/APAP/CAF CAP CODEINE 10
BUT/APAP/CAF CAP CODEINE 10
BUT/APAP/CAF TAB 84
BUT/ASA/CAF/ CAP CODEINE 10
BUT/ASA/CAFF CAP 84
BUTORPHANOL SOL 10MG/ML 10
BYDUREON BC INJ 2/0.85ML 58
CABERGOLINE TAB 0.5MG 124
CAFFEINE CIT SOL 20MG/ML 84
CAFFEINE CIT SOL 60MG/3ML 84
CALC ACETATE CAP 667MG 93
CALC ACETATE TAB 667MG 93
CALCIP/BETAM SUS 88
CALCIPOTRIEN CRE 0.005% 88
CALCIPOTRIEN OIN 0.005% 88
CALCIPOTRIEN OIN BETAMETH 88
CALCIPOTRIEN SOL 0.005% 88
CALCITONIN SPR 200/ ACT 136
CALCITRIOL CAP 0.5MCG 136
CALCITRIOL CAP 0.25MCG 136
CALCITRIOL OIN 3MCG/ GM 88
CALCITRIOL SOL 1MCG/ ML 136
CALQUENCE TAB 100MG 40
CAMILA TAB 0.35MG 109
CAMRESE LO TAB 109
CAMRESE TAB 109
CANDESA/HCTZ TAB 16-12.5 68
CANDESA/HCTZ TAB 32-12.5 68
CANDESA/HCTZ TAB 32-25MG 69
CANDESARTAN TAB 4MG 69
CANDESARTAN TAB 8MG 69
CANDESARTAN TAB 16MG 69
CANDESARTAN TAB 32MG 69
CAPECITABINE TAB 150MG 40
CAPECITABINE TAB 500MG 40
CAPRELSA TAB 100MG 40
CAPRELSA TAB 300MG 40
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-15MG 69
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-25MG 69
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-15MG 69
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-25MG 69
CAPTOPRIL TAB 12.5MG 69
CAPTOPRIL TAB 25MG 69
CAPTOPRIL TAB 50MG 69
CAPTOPRIL TAB 100MG 69
CAPVAXIVE INJ 0.5ML 127
CARBAMAZEPIN CAP 100MG ER 24
CARBAMAZEPIN CAP 200MG ER 24
CARBAMAZEPIN CAP 300MG ER 24
CARBAMAZEPIN CHW 100MG 24
CARBAMAZEPIN SUS 100/5ML 24
CARBAMAZEPIN SUS 200/10ML 24
CARBAMAZEPIN TAB 100MG ER 24
CARBAMAZEPIN TAB 100MG ER 24
CARBAMAZEPIN TAB 200MG 24
CARBAMAZEPIN TAB 200MG ER 24
CARBAMAZEPIN TAB 400MG ER 24
CARBIDOPA TAB 25MG 47
CARBINOXAMIN SOL 4MG/5ML 149
CARBINOXAMIN TAB 4MG 149
CARB/LEVO 50 TAB / ENTACAP 47
CARB/LEVO 75 TAB / ENTACAP 47
CARB/LEVO100 TAB / ENTACAP 47
CARB/LEVO125 TAB / ENTACAP 47
CARB/LEVO150 TAB / ENTACAP 47
CARB/LEVO200 TAB / ENTACAP 47
CARB/LEVO ER TAB 25-100MG 47
CARB/LEVO ER TAB 50-200MG 47
CARB/LEVO TAB 10-100MG 47
CARB/LEVO TAB 10-100MG 47
CARB/LEVO TAB 25-100MG 47
CARB/LEVO TAB 25-100MG 47
CARB/LEVO TAB 25-250MG 47
CARB/LEVO TAB 25-250MG 47
CARGLUMIC TAB 200MG 93
CARISOPRODOL TAB 350MG 155
CARTEOLOL SOL 1% OP 143
CARTIA XT CAP 120/24HR 69
CARTIA XT CAP 180/24HR 69
CARTIA XT CAP 240/24HR 69
CARTIA XT CAP 300/24HR 69
CARVEDILOL TAB 3.125MG 69
CARVEDILOL TAB 6.25MG 69
CARVEDILOL TAB 12.5MG 69
CARVEDILOL TAB 25MG 69
CAYA DPR 137
CDP/AMITRIP TAB 5-12.5MG 30
CDP/AMITRIP TAB 10-25MG 30
CEFACLOR CAP 250MG 19
CEFACLOR CAP 500MG 19
CEFACLOR ER TAB 500MG 19
CEFADROXIL CAP 500MG 20
CEFADROXIL SUS 250/5ML 20
CEFADROXIL SUS 500/5ML 20
CEFADROXIL TAB 1GM 20
CEFDINIR CAP 300MG 20
CEFDINIR SUS 125/5ML 20
CEFDINIR SUS 250/5ML 20
CEFIXIME CAP 400MG 20
CEFIXIME SUS 100/5ML 20
CEFIXIME SUS 200/5ML 20
CEFPODO PROX SUS 50MG/5ML 20
CEFPODO PROX SUS 100/5ML 20
CEFPODOXIME TAB 100MG 20
CEFPODOXIME TAB 200MG 20
CEFPODOXIME TAB 200MG 20
CEFPROZIL SUS 125/5ML 20
CEFPROZIL SUS 250/5ML 20
CEFPROZIL TAB 250MG 20
CEFPROZIL TAB 500MG 20
CEFUROXIME TAB 250MG 20
CEFUROXIME TAB 500MG 20
CELECOXIB CAP 50MG 10
CELECOXIB CAP 100MG 10
CELECOXIB CAP 200MG 10
CELECOXIB CAP 400MG 10
CEPHALEXIN CAP 250MG 20
CEPHALEXIN CAP 500MG 20
CEPHALEXIN SUS 125/5ML 20
CEPHALEXIN SUS 250/5ML 20
CEVIMELINE CAP 30MG 87
CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20 109
CHATEAL EQ TAB 0.15/30 109
CHEMET CAP 100MG 93
CHEMSTRIP K TES 137
CHEMSTRIP TES MICRAL 137
CHLORDIAZEP CAP 5MG 57
CHLORDIAZEP CAP 10MG 57
CHLORDIAZEP CAP 25MG 57
CHLORHEX GLU SOL 0.12% 87
CHLOROQUINE TAB 250MG 46
CHLOROQUINE TAB 500MG 46
CHLORPROMAZ TAB 10MG 49
CHLORPROMAZ TAB 25MG 49
CHLORPROMAZ TAB 50MG 49
CHLORPROMAZ TAB 100MG 49
CHLORPROMAZ TAB 200MG 49
CHLORTHALID TAB 25MG 69
CHLORTHALID TAB 50MG 69
CHLORZOXAZON TAB 500MG 155

CHOLESTYRAM POW 4GM 69
CHOLESTYRAM POW 4GM 69
CHOLESTYRAM POW 4GM LITE..... 69
CHOLESTYRAM POW 4GM LITE..... 69
CICLODAN SOL 8% 88
CICLOPIROX CRE 0.77%..... 88
CICLOPIROX GEL 0.77%..... 88
CICLOPIROX SHA 1%..... 88
CICLOPIROX SOL 8% 88
CICLOPIROX SUS 0.77% 88
CILOSTAZOL TAB 50MG..... 63
CILOSTAZOL TAB 100MG..... 63
CIMETIDINE SOL 300/5ML 98
CIMETIDINE SOL 300/5ML 98
CIMETIDINE TAB 200MG..... 98
CIMETIDINE TAB 300MG..... 98
CIMETIDINE TAB 400MG..... 98
CIMETIDINE TAB 400MG..... 98
CIMETIDINE TAB 800MG..... 98
CIMZIA INJ 200MG/ML 127
CIMZIA PREFL KIT 200MG/ML..... 127
CIMZIA START KIT 200MG/ML 127
CINACALCET TAB 30MG..... 136
CINACALCET TAB 60MG 136
CINACALCET TAB 90MG 136
CIPRO/DEXA SUS 0.3-0.1% 146
CIPROFLOXACN SOL 0.2% 147
CIPROFLOXACN SOL 0.3% OP 143
CIPROFLOXACN TAB 250MG..... 20
CIPROFLOXACN TAB 500MG..... 20
CIPROFLOXACN TAB 750MG..... 20
CIPRO/FLUOC DRO PF 147
CITALOPRAM SOL 10MG/5ML 30
CITALOPRAM SOL 20/10ML..... 30
CITALOPRAM TAB 10MG..... 30
CITALOPRAM TAB 20MG 31
CITALOPRAM TAB 40MG 31
CITROMA SOL LEMONY..... 98
CLARAVIS CAP 10MG 88
CLARAVIS CAP 20MG..... 88
CLARAVIS CAP 30MG..... 88
CLARAVIS CAP 40MG..... 89
CLARITHROMYC SUS 125/5ML..... 20
CLARITHROMYC SUS 250/5ML 20
CLARITHROMYC TAB 250MG 20
CLARITHROMYC TAB 500MG 20
CLARITHROMYC TAB 500MG ER.....21
CLEARLAX POW 98
CLEMASTINE TAB 2.68MG..... 149
CLENPIQ SOL..... 98
CLIMARA PRO DIS WEEKLY..... 109
CLINDACIN KIT ETZ 1%..... 89
CLINDACIN-P PAD 1% 21
CLINDAMY/BEN GEL 1.2-5%..... 89
CLINDAMYCIN CAP 75MG 21
CLINDAMYCIN CAP 150MG 21
CLINDAMYCIN CAP 300MG.....21
CLINDAMYCIN CRE 2% VAG.....21
CLINDAMYCIN GEL 1% 1XDLY..... 89
CLINDAMYCIN GEL 1% 2XDLY..... 89
CLINDAMYCIN LOT 1% 89
CLINDAMYCIN LOT 1% 89
CLINDAMYCIN MIS 1%.....21
CLINDAMYCIN SOL 1% 89
CLINDAMYCIN SOL 75MG/5ML.....21
CLOBAZAM SUS 2.5MG/ ML 24
CLOBAZAM TAB 10MG..... 24
CLOBAZAM TAB 20MG..... 24
CLOBETASOL CRE 0.05%..... 89
CLOBETASOL E CRE 0.05%..... 89
CLOBETASOL GEL 0.05%..... 89
CLOBETASOL OIN 0.05% 89
CLOBETASOL SOL 0.05%..... 89
CLOCORTOLONE CRE 0.1%..... 89
CLOMIPRAMINE CAP 25MG.....31
CLOMIPRAMINE CAP 50MG.....31
CLOMIPRAMINE CAP 75MG.....31
CLONAZEPAM TAB 0.5MG 25
CLONAZEPAM TAB 1MG 25
CLONAZEPAM TAB 2MG 25
CLONAZEP ODT TAB 0.5MG 24
CLONAZEP ODT TAB 0.25MG..... 24
CLONAZEP ODT TAB 0.125MG..... 24
CLONAZEP ODT TAB 1MG 25
CLONAZEP ODT TAB 2MG 25
CLONIDINE DIS 0.1/24HR 69
CLONIDINE DIS 0.2/24HR..... 69
CLONIDINE DIS 0.3/24HR..... 69
CLONIDINE TAB 0.1MG 69
CLONIDINE TAB 0.1MG ER..... 84
CLONIDINE TAB 0.1MG ER..... 84
CLONIDINE TAB 0.1MG ER..... 84
CLONIDINE TAB 0.2MG..... 69
CLONIDINE TAB 0.3MG..... 70
CLOPIDOGREL TAB 75MG..... 63
CLOPIDOGREL TAB 300MG..... 63
CLORAZ DIPOT TAB 3.75MG..... 57
CLORAZ DIPOT TAB 7.5MG 57
CLORAZ DIPOT TAB 15MG..... 57
CLOTRIMAZOLE TRO 10MG 35
CLOTRIM/BETA CRE DIPROP..... 89
CLOTRIM/BETA LOT DIPROP..... 89
CLOZAPINE TAB 12.5/ODT..... 49
CLOZAPINE TAB 25MG 49
CLOZAPINE TAB 25MG ODT..... 49
CLOZAPINE TAB 50MG 49
CLOZAPINE TAB 100MG..... 49
CLOZAPINE TAB 100/ODT..... 49
CLOZAPINE TAB 150/ODT 49
CLOZAPINE TAB 200MG..... 49
CLOZAPINE TAB 200/ODT..... 49
CODEINE SULF TAB 15MG.....10
CODEINE SULF TAB 30MG 10
CODEINE SULF TAB 60MG 10
COLCHICINE TAB 0.6MG 37
COLESEVELAM PAK 3.75GM..... 70
COLESEVELAM TAB 625MG..... 70
COLESTIPOL GRA 5GM..... 70
COLESTIPOL GRA 5GM..... 70
COLESTIPOL TAB 1GM 70
COMFORT TOUC MIS 31GX4MM 137
COMFORT TOUC MIS 32GX8MM.... 137
COMFORT TOUC MIS 33GX1/4" 137
COMFORT TOUC MIS 33GX3/16 137
COMFORT TOUC MIS 33GX5/32 137
COMIRNATY 5INJ 11/25-26 127
COMIRNATY INJ 30/.3ML 127
COMPLETENATE CHW..... 93
COMPLETE NAT PAK DHA 93
CO-NATAL FA TAB 29-1MG 93
CONDOMS MIS 137
CONSTULOSE SOL 10/15ML..... 98
CONTOUR KIT NEXT..... 137
CONTOUR KIT NEXT EZ 137
CONTOUR NEXT KIT GEN 137
CONTOUR NEXT KIT GEN 137
CONTOUR NEXT KIT ONE 137
CONTOUR NEXT KIT ONE 137
CONTOUR PLUS KIT BLUE..... 137
CONTOUR PLUS TES BLD GLUC 137
CONTOUR TES NEXT 137
CONTOUR TES NEXT 137
CONTOUR TES NEXT 137
CORLANOR SOL 5MG/5ML 70
CORTIFOAM AER 90MG..... 135
CORTISPORIN SUS -TC OTIC..... 147
COTELLIC TAB 20MG..... 40
COUNT-A-DOSE MIS..... 137
CREON CAP 3000UNIT..... 103
CREON CAP 6000UNIT..... 103
CREON CAP 12000UNT..... 103
CREON CAP 24000UNT 103
CREON CAP 36000UNT 103
CROMOLYN SOD CON 100/5ML 103
CROMOLYN SOD NEB 20MG/2ML .. 149
CROMOLYN SOD SOL 4% OP..... 143
CROTAN LOT 10% 89
CRYSELLE-28 TAB 28 TABS..... 109
CRYSELLE TAB 109
CURAE TAB 1.5MG..... 109
CVS PURELAX POW..... 98
CYANOCOBALAM INJ 1000MCG 93

CYANOCOBALAM INJ 10000MCG ... 93
CYANOCOBALAM INJ 30000MCG ... 93
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG ... 93
CYCLOBENZAPR TAB 5MG ... 155
CYCLOBENZAPR TAB 7.5MG ... 155
CYCLOBENZAPR TAB 10MG ... 155
CYCLOMYDRIL SOL OP ... 143
CYCLOPENTOL SOL 1% OP ... 143
CYCLOPENTOL SOL 1% OP ... 143
CYCLOPHOSPH CAP 25MG ... 40
CYCLOPHOSPH CAP 50MG ... 40
CYCLOPHOSPH TAB 25MG ... 40
CYCLOPHOSPH TAB 50MG ... 40
CYCLOSERINE CAP 250MG ... 39
CYCLOSPORINE CAP 25MG ... 127
CYCLOSPORINE CAP 25MG MOD ... 127
CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD ... 127
CYCLOSPORINE CAP 100MG ... 127
CYCLOSPORINE CAP 100MG MD ... 127
CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP ... 143
CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP ... 144
CYCLOSPORINE SOL MODIFIED ... 128
CYPROHEPTAD SYP 2MG/5ML ... 149
CYPROHEPTAD TAB 4MG ... 149
CYRED EQ TAB ... 109
CYSTAGON CAP 50MG ... 103
CYSTAGON CAP 150MG ... 103
CYSTARAN SOL 0.44% ... 144
DABIGATRAN CAP 75MG ... 64
DABIGATRAN CAP 110MG ... 64
DABIGATRAN CAP 150MG ... 64
DALFAMPRIDIN TAB 10MG ER ... 84
DANAZOL CAP 50MG ... 109
DANAZOL CAP 100MG ... 109
DANAZOL CAP 200MG ... 109
DANTROLENE CAP 25MG ... 52
DANTROLENE CAP 50MG ... 52
DANTROLENE CAP 100MG ... 52
DAPAGLIFLOZI TAB 5MG ... 70
DAPAGLIFLOZI TAB 10MG ... 70
DAPAG/MET ER TAB 5-500MG ... 70
DAPAG/MET ER TAB 5-1000MG ... 70
DAPAG/MET ER TAB 10-500MG ... 70
DAPAG/MET ER TAB 10-1000 ... 70
DAPSONE TAB 25MG ... 39
DAPSONE TAB 100MG ... 39
DAPTACEL INJ ... 128
DARIFENACIN TAB 7.5MG ER ... 104
DARIFENACIN TAB 15MG ER ... 104
DARUNAVIR TAB 600MG ... 53
DARUNAVIR TAB 800MG ... 53
DASATINIB TAB 20MG ... 40
DASATINIB TAB 50MG ... 41
DASATINIB TAB 70MG ... 41
DASATINIB TAB 80MG ... 41
DASATINIB TAB 100MG ... 40
DASATINIB TAB 140MG ... 40
DASETTA TAB 1/35 ... 109
DASETTA TAB 7/7/7 ... 109
DAYBUE SOL 200MG/ML ... 103
DAYSEE TAB ... 109
DEBLITANE TAB 0.35MG ... 109
DEFERASIROX GRA 90MG ... 93
DEFERASIROX GRA 180MG ... 93
DEFERASIROX GRA 360MG ... 93
DEFERASIROX TAB 90MG ... 93
DEFERASIROX TAB 125MG ... 93
DEFERASIROX TAB 180MG ... 93
DEFERASIROX TAB 250MG ... 93
DEFERASIROX TAB 360MG ... 93
DEFERASIROX TAB 500MG ... 93
DELYLA TAB 0.1-0.02 ... 109
DEMECLOCYCL TAB 150MG ... 21
DEMECLOCYCL TAB 300MG ... 21
DENGVAXIA SUS ... 128
DEPO-SQ PROV INJ 104 ... 109
DESCOVY TAB 200/25MG ... 53
DESIPRAMINE TAB 10MG ... 31
DESIPRAMINE TAB 25MG ... 31
DESIPRAMINE TAB 50MG ... 31
DESIPRAMINE TAB 75MG ... 31
DESIPRAMINE TAB 100MG ... 31
DESIPRAMINE TAB 150MG ... 31
DESLORATADIN TAB 5MG ... 149
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML ... 107
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML ... 107
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML ... 107
DESMOPRESSIN INJ 40/10ML ... 107
DESMOPRESSIN SPR 0.01% ... 107
DESMOPRESSIN SPR 0.01% ... 107
DESMOPRESSIN TAB 0.1MG ... 107
DESMOPRESSIN TAB 0.2MG ... 107
DESO/ETHINYL TAB ESTRADIO ... 109
DESONIDE CRE 0.05% ... 89
DESONIDE LOT 0.05% ... 89
DESONIDE OIN 0.05% ... 89
DESOXIMETAS CRE 0.05% ... 89
DESOXIMETAS CRE 0.25% ... 89
DESOXIMETAS GEL 0.05% ... 89
DESOXIMETAS OIN 0.05% ... 89
DESOXIMETAS OIN 0.25% ... 89
DESOXIMETASO SPR 0.25% ... 89
DESVENLAFAX TAB 25MG ER ... 31
DESVENLAFAX TAB 50MG ER ... 31
DESVENLAFAX TAB 100MG ER ... 31
DEXAMETHASON CON 1MG/ML ... 105
DEXAMETHASON ELX 0.5/5ML ... 105
DEXAMETHASON SOL 0.5/5ML ... 106
DEXAMETHASON TAB 0.5MG ... 106
DEXAMETHASON TAB 0.75MG ... 106
DEXAMETHASON TAB 1.5MG ... 106
DEXAMETHASON TAB 1MG ... 106
DEXAMETHASON TAB 2MG ... 106
DEXAMETHASON TAB 4MG ... 106
DEXAMETHASON TAB 6MG ... 106
DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP ... 144
DEXCOM G6 MIS RECEIVER ... 138
DEXCOM G6 MIS SENSOR ... 138
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT ... 138
DEXCOM G7 MIS RECEIVER ... 138
DEXCOM G7 MIS SENSOR ... 138
DEXCOM G7 MIS SNSR 15D ... 138
DEXMETHYLPH TAB 2.5MG ... 84
DEXMETHYLPH TAB 5MG ... 84
DEXMETHYLPH TAB 10MG ... 84
DEXTROAMPHET SOL 5MG/5ML ... 84
DEXTROAMPHET TAB 5MG ... 85
DEXTROAMPHET TAB 10MG ... 85
DIACOMIT CAP 250MG ... 25
DIACOMIT CAP 500MG ... 25
DIACOMIT PAK 250MG ... 25
DIACOMIT PAK 500MG ... 25
DIASCREEN MIS 1G ... 138
DIASTIX TES STRIPS ... 138
DIAZEPAM CON 5MG/ML ... 57
DIAZEPAM CON 25MG/5ML ... 57
DIAZEPAM GEL 2.5MG ... 25
DIAZEPAM GEL 10MG ... 25
DIAZEPAM GEL 20MG ... 25
DIAZEPAM SOL 5MG/5ML ... 57
DIAZEPAM TAB 2MG ... 57
DIAZEPAM TAB 5MG ... 57
DIAZEPAM TAB 10MG ... 57
DIAZOXIDE SUS 50MG/ ML ... 58
DICLOFENAC GEL 1% ... 10
DICLOFENAC GEL 3% ... 89
DICLOFENAC SOL 0.1% OP ... 144
DICLOFENAC TAB 25MG DR ... 11
DICLOFENAC TAB 50MG DR ... 11
DICLOFENAC TAB 75MG DR ... 11
DICLOFENAC TAB 100MG ER ... 11
DICLOFEN POT TAB 50MG ... 10
DICLO/MISOPR TAB 50-0.2MG ... 10
DICLO/MISOPR TAB 75-0.2MG ... 10
DICLOXACILL CAP 250MG ... 21
DICLOXACILL CAP 500MG ... 21
DICYCLOMINE CAP 10MG ... 98
DICYCLOMINE SOL 10MG/5ML ... 98
DICYCLOMINE TAB 20MG ... 98
DIFLORASONE CRE 0.05% ... 89
DIFLUNISAL TAB 500MG ... 11
DIFLUPREDNAT EMU 0.05% ... 144

DIGOXIN SOL 50MCG/ML 70
DIGOXIN TAB 0.25MG 70
DIGOXIN TAB 0.125MG 70
DIGOXIN TAB 0.0625MG 70
DIHYDROERGOT INJ 1MG/ML 37
DILANTIN CAP 30MG..... 25
DILTIAZEM CAP 60MG ER.....71
DILTIAZEM CAP 90MG ER.....71
DILTIAZEM CAP 120MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 120MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 120MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 120MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 180MG/24..... 70
DILTIAZEM CAP 180MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 180MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 240MG/24 70
DILTIAZEM CAP 240MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 240MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 300MG ER..... 70
DILTIAZEM CAP 300MG ER.....71
DILTIAZEM CAP 360MG CD 71
DILTIAZEM CAP 360MG ER.....71
DILTIAZEM CAP 360MG ER.....71
DILTIAZEM CAP 420MG/24 71
DILTIAZEM ER TAB 180MG 71
DILTIAZEM ER TAB 180MG 71
DILTIAZEM ER TAB 240MG 71
DILTIAZEM ER TAB 300MG 71
DILTIAZEM ER TAB 360MG 71
DILTIAZEM ER TAB 420MG 71
DILTIAZEM ER TAB 420MG 71
DILTIAZEM TAB 30MG 71
DILTIAZEM TAB 60MG.....71
DILTIAZEM TAB 90MG.....71
DILTIAZEM TAB 120MG.....71
DILTIAZEM TAB 120MG ER 71
DILTIAZEM TAB 240MG ER 71
DILTIAZEM TAB 300MG ER.....71
DILTIAZEM TAB 360MG ER.....71
DILT-XR CAP 120MG 70
DILT-XR CAP 180MG 70
DILT-XR CAP 240MG..... 70
DIMETHYL FUM CAP 120MG DR..... 85
DIMETHYL FUM CAP 240MG DR 85
DIMETHYL FUM CAP STARTER 85
DIPENTUM CAP 250MG 135
DIPHEN/ATROP LIQ 2.5/5 99
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG..... 99
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG..... 99
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG..... 99
DIPHENHYDRAM ELX 12.5/5ML..... 149
DIPYRIDAMOLE TAB 25MG..... 64
DIPYRIDAMOLE TAB 50MG..... 64
DIPYRIDAMOLE TAB 75MG..... 64
DISOPYRAMIDE CAP 100MG.....71
DISOPYRAMIDE CAP 150MG.....71
DISULFIRAM TAB 250MG.....17
DISULFIRAM TAB 500MG 17
DIURIL SUS 250/5ML.....71
DIVALPROEX CAP 125MG DR..... 25
DIVALPROEX CAP 125MG DR..... 25
DIVALPROEX TAB 125MG DR 25
DIVALPROEX TAB 250MG DR..... 25
DIVALPROEX TAB 250MG ER 25
DIVALPROEX TAB 500MG DR 25
DIVALPROEX TAB 500MG ER..... 25
DODEX INJ..... 93
DOFETILIDE CAP 125MCG 71
DOFETILIDE CAP 250MCG.....71
DOFETILIDE CAP 500MCG 71
DOLISHALE TAB 90-20MCG 109
DONEPEZIL TAB 5MG 29
DONEPEZIL TAB 5MG ODT 29
DONEPEZIL TAB 10MG 29
DONEPEZIL TAB 10MG ODT..... 29
DONEPEZIL TAB ODT 5MG..... 29
DONEPEZIL TAB ODT 10MG..... 29
DORZOLAMIDE SOL 2% OP 144
DORZOL/TIMOL SOL 2%-0.5% 144
DORZOL/TIMOL SOL 2-0.5%OP.....144
DORZOL/TIMOL SOL 2-0.5%OP.....144
DOTTI DIS 0.1MG 110
DOTTI DIS 0.05MG 110
DOTTI DIS 0.025MG 109
DOTTI DIS 0.075MG 110
DOTTI DIS 0.0375MG.....109
DOVATO TAB 50-300MG..... 53
DOXAZOSIN TAB 1MG 104
DOXAZOSIN TAB 2MG 104
DOXAZOSIN TAB 4MG 104
DOXAZOSIN TAB 8MG 104
DOXEPIN HCL CAP 10MG 31
DOXEPIN HCL CAP 25MG 31
DOXEPIN HCL CAP 50MG 31
DOXEPIN HCL CAP 75MG 31
DOXEPIN HCL CAP 100MG.....31
DOXEPIN HCL CAP 150MG.....31
DOXEPIN HCL CON 10MG/ML 31
DOXEPIN HCL CRE 5%..... 89
DOXEPIN TAB 3MG 155
DOXEPIN TAB 6MG 155
DOXYCYCL HYC CAP 50MG 21
DOXYCYCL HYC CAP 100MG 21
DOXYCYCL HYC TAB 20MG..... 87
DOXYCYCL HYC TAB 100MG.....21
DOXYCYCLINE SUS 25MG/5ML.....21
DOXYCYC MONO CAP 50MG.....21
DOXYCYC MONO CAP 100MG.....21
DOXYCYC MONO TAB 50MG 21
DOXYCYC MONO TAB 50MG 21
DOXYCYC MONO TAB 75MG 21
DOXYCYC MONO TAB 75MG 21
DOXYCYC MONO TAB 100MG.....21
DOXYCYC MONO TAB 150MG 21
DOXYCYC MONO TAB 150MG 21
DRONABINOL CAP 2.5MG..... 34
DRONABINOL CAP 5MG..... 34
DRONABINOL CAP 10MG 34
DROPLET MICR MIS 34GX9/64 138
DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO 110
DROSPIRENONE TAB ETHY EST..... 110
DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG 110
DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG 110
DROXIA CAP 200MG.....41
DROXIA CAP 300MG.....41
DROXIA CAP 400MG.....41
DUAVEE TAB 0.45-20..... 110
DULOXETINE CAP 20MG DR 31
DULOXETINE CAP 30MG DR 31
DULOXETINE CAP 60MG DR 31
DUOBRII LOT..... 89
DUOPA SUS 4.63-20 47
DUPIXENT INJ 200/1.14 128
DUPIXENT INJ 200MG 128
DUPIXENT INJ 300/2ML 128
DUPIXENT INJ 300/2ML 128
DUREX MIS REALFEEL.....138
DUREX MIS TROPICAL.....138
DUTASTERIDE CAP 0.5MG.....104
DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4.....104
DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4.....104
EASY COMFORT MIS 29GX4MM.....138
EASY TOUCH MIS 30G.....138
EC-NAPROXEN TAB 375MG.....11
EC-NAPROXEN TAB 500MG 11
ECONAZOLE CRE 1%..... 35
ECONTRA OS TAB 1.5MG 110
EDURANT PED TAB 2.5MG..... 53
EFAVIR/EMTRI TAB TENOFOVI..... 53
EFAVIRENZ CAP 50MG 53
EFAVIRENZ CAP 200MG..... 53
EFAVIRENZ TAB 600MG 53
EFAVIR/LAMIV TAB TENOFOVI..... 53
EFAVIR/LAMIV TAB TENOFOVI..... 53
EFFER-K TAB 10MEQ..... 93
EFFER-K TAB 20MEQ 93
EFFER-K TAB 25MEQ EF 94
ELETRIPTAN TAB 20MG 37
ELETRIPTAN TAB 40MG 37
ELINEST TAB 110
ELIQUIS CAP 0.15MG..... 64
ELIQUIS ST P TAB 5MG 64

ELIQUIS TAB 0.5MG. 64
ELIQUIS TAB 1.5MG 64
ELIQUIS TAB 2.5MG. 64
ELIQUIS TAB 2MG. 64
ELIQUIS TAB 5MG 64
ELIXOPHYLLIN ELX 80/15ML 149
ELMIRON CAP 100MG 104
ELTROMBOPAG POW 12.5MG. 64
ELTROMBOPAG POW 25MG 64
ELTROMBOPAG TAB 12.5MG. 64
ELTROMBOPAG TAB 25MG 64
ELTROMBOPAG TAB 50MG 64
ELTROMBOPAG TAB 75MG 64
ELURYNG MIS. 110
EMCYT CAP 140MG. 41
EMGALITY INJ 100MG/ ML 37
EMGALITY INJ 120MG/ML 38
EMGALITY INJ 120MG/ML 38
EMSAM DIS 6MG/24HR. 31
EMSAM DIS 9MG/24HR. 31
EMSAM DIS 12MG/24H 31
EMTRICITABIN CAP 200MG. 54
EMTRIC/RILPI TAB TENOF DF. 54
EMTR/TEN DF TAB 100-150 53
EMTR/TEN DF TAB 133-200 53
EMTR/TEN DF TAB 167-250 53
EMTR/TENOFOV TAB 200-300. 54
EMZAHH TAB 0.35MG. 110
ENALAPR/HCTZ TAB 5-12.5MG. 71
ENALAPR/HCTZ TAB 10-25MG 71
ENALAPRIL TAB 2.5MG 71
ENALAPRIL TAB 5MG 71
ENALAPRIL TAB 10MG. 71
ENALAPRIL TAB 20MG. 71
ENCARE SUP 100MG. 104
ENDOCET TAB 2.5-325. 11
ENDOCET TAB 5-325MG. 11
ENDOCET TAB 7.5-325 11
ENDOCET TAB 10-325MG 11
ENFLONSIA INJ 105MG 128
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML 128
ENGERIX-B INJ 20MCG/ ML 128
ENGERIX-B INJ 20MCG/ ML 128
ENILLORING MIS 110
ENOXAPARIN INJ 30/0.3ML. 64
ENOXAPARIN INJ 40/0.4ML. 64
ENOXAPARIN INJ 60/0.6ML 64
ENOXAPARIN INJ 80/0.8ML. 65
ENOXAPARIN INJ 80MG/0.8 65
ENOXAPARIN INJ 100MG/ ML 64
ENOXAPARIN INJ 120/0.8 64
ENOXAPARIN INJ 150MG/ ML 64
ENOXAPARIN INJ 300/3ML 64
ENPRESSE-28 TAB 110
ENSKYCE TAB 110
ENTACAPONE TAB 200MG 47
ENTECAVIR TAB 0.5MG 54
ENTECAVIR TAB 1MG 54
ENTRESTO CAP 6-6MG. 72
ENTRESTO CAP 15-16MG 71
ENULOSE SOL 10GM/15 99
EPIDIOLEX SOL 100MG/ ML 25
EPINASTINE DRO 0.05%. 144
EPINEPHRINE INJ 0.3MG 150
EPINEPHRINE INJ 0.3MG 150
EPINEPHRINE INJ 0.3MG 150
EPINEPHRINE INJ 0.15MG 150
EPINEPHRINE INJ 0.15MG 150
EPINEPHRINE INJ 0.15MG 150
EPITOL TAB 200MG. 25
EPLERENONE TAB 25MG 72
EPLERENONE TAB 50MG. 72
ERGOCALCIFER CAP 1.25MG. 94
ERGOLOID MES TAB 1MG ORAL. 29
ERGOMAR SUB 2MG 38
ERGOT/CAFFEN TAB 1-100MG 38
ERLEADA TAB 60MG. 41
ERLEADA TAB 240MG. 41
ERLOTINIB TAB 25MG 41
ERLOTINIB TAB 100MG. 41
ERLOTINIB TAB 150MG 41
ERRIN TAB 0.35MG. 110
ERY/BENZOYL GEL 3-5% 90
ERY PAD 2% 89
ERYTHROCIN TAB 250MG 21
ERYTHROM ETH SUS 200/5ML. 22
ERYTHROM ETH SUS 400/5ML. 22
ERYTHROM ETH TAB 400MG. 22
ERYTHROMYCIN CAP 250MG DR 22
ERYTHROMYCIN GEL 2% 90
ERYTHROMYCIN OIN 0.5% OP 144
ERYTHROMYCIN SOL 2% 90
ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS 22
ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS 22
ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC 22
ERYTHROMYCIN TAB 333MG EC 22
ERYTHROMYCIN TAB 500MG BS 22
ERYTHROMYCIN TAB 500MG BS 22
ERYTHROMYCIN TAB 500MG EC. 22
ESCITALOPRAM SOL 5MG/5ML. 31
ESCITALOPRAM SOL 10/10ML 31
ESCITALOPRAM TAB 5MG 32
ESCITALOPRAM TAB 10MG 31
ESCITALOPRAM TAB 20MG. 32
ESKATA SOL 40%. 138
ESLICARBAZEP TAB 200MG. 25
ESLICARBAZEP TAB 400MG. 25
ESLICARBAZEP TAB 600MG. 25
ESLICARBAZEP TAB 800MG. 25
ESOMEPRA MAG CAP 20MG DR. 99
ESOMEPRA MAG CAP 40MG DR. 99
ESTARYLLA TAB 0.25-35 110
ESTAZOLAM TAB 1MG 155
ESTAZOLAM TAB 2MG 156
ESTRADIOL CRE 0.01% 110
ESTRADIOL DIS 0.1MG 111
ESTRADIOL DIS 0.1MG 111
ESTRADIOL DIS 0.1MG 111
ESTRADIOL DIS 0.05MG. 111
ESTRADIOL DIS 0.05MG. 111
ESTRADIOL DIS 0.05MG. 111
ESTRADIOL DIS 0.06MG. 111
ESTRADIOL DIS 0.025MG 110
ESTRADIOL DIS 0.025MG 110
ESTRADIOL DIS 0.025MG 111
ESTRADIOL DIS 0.075MG. 111
ESTRADIOL DIS 0.075MG. 111
ESTRADIOL DIS 0.075MG. 111
ESTRADIOL DIS 0.0375MG 111
ESTRADIOL DIS 0.0375MG 111
ESTRADIOL DIS 0.0375MG 111
ESTRADIOL TAB 0.5MG 111
ESTRADIOL TAB 1MG 111
ESTRADIOL TAB 2MG 111
ESTRADIOL TAB 10MCG 111
ESTRAD VAL INJ 10MG/ ML 110
ESTRAD VAL INJ 20MG/ ML 110
ESTRAD VAL INJ 40MG/ ML. 110
ESTRAD VAL INJ 40MG/ ML. 110
ESTRA/NORETH TAB 0.5-0.1. 110
ESTRA/NORETH TAB 1-0.5MG 110
ESTRING MIS 7.5/24HR 111
ESZOPICLONE TAB 1MG. 156
ESZOPICLONE TAB 2MG. 156
ESZOPICLONE TAB 3MG. 156
ETHACRYNIC TAB ACD 25MG 72
ETHAMBUTOL TAB 100MG 39
ETHAMBUTOL TAB 400MG. 39
ETHOSUXIMIDE CAP 250MG. 25
ETHOSUXIMIDE SOL 250/5ML. 25
ETHY ALCOHOL SOL 70% RUB 16
ETHY ETH EST TAB 1-35. 111
ETHYNODIOL TAB 1-50. 111
ETODOLAC CAP 200MG. 11
ETODOLAC CAP 300MG. 11
ETODOLAC ER TAB 400MG 11
ETODOLAC ER TAB 500MG 11
ETODOLAC ER TAB 600MG 11
ETODOLAC TAB 400MG. 11
ETODOLAC TAB 500MG. 11
ETONOGESTREL MIS ETHY EST. 111
ETOPOSIDE CAP 50MG. 41

ETRAVIRINE TAB 100MG..... 54
ETRAVIRINE TAB 200MG..... 54
EUTHYROX TAB 25MCG..... 120
EUTHYROX TAB 50MCG..... 120
EUTHYROX TAB 75MCG..... 120
EUTHYROX TAB 88MCG..... 120
EUTHYROX TAB 100MCG..... 120
EUTHYROX TAB 112MCG..... 120
EUTHYROX TAB 125MCG..... 120
EUTHYROX TAB 137MCG..... 120
EUTHYROX TAB 150MCG..... 120
EUTHYROX TAB 175MCG..... 120
EUTHYROX TAB 200MCG..... 120
EVEROLIMUS TAB 2.5MG.....41
EVEROLIMUS TAB 5MG.....41
EVEROLIMUS TAB 7.5MG.....41
EVEROLIMUS TAB 10MG.....41
EVOTAZ TAB 300-150..... 54
EXELDERM CRE 1%..... 35
EXELDERM SOL 1%..... 35
EXEMESTANE TAB 25MG.....41
EZETIMIBE TAB 10MG..... 72
EZETIM/SIMVA TAB 10-10MG..... 72
EZETIM/SIMVA TAB 10-20MG..... 72
EZETIM/SIMVA TAB 10-40MG..... 72
EZETIM/SIMVA TAB 10-80MG..... 72
FA-8 CAP 800MCG..... 94
FALMINA TAB 111
FAMCICLOVIR TAB 125MG..... 54
FAMCICLOVIR TAB 250MG..... 54
FAMCICLOVIR TAB 500MG..... 54
FAMOTIDINE SUS 40MG/5ML..... 99
FAMOTIDINE TAB 20MG..... 99
FAMOTIDINE TAB 40MG..... 99
FC2 FEMALE MIS CONDOM.....138
FEBUXOSTAT TAB 40MG..... 37
FEBUXOSTAT TAB 80MG..... 37
FEIRZA TAB 1.5/30 111
FEIRZA TAB 1/20 111
FELBAMATE SUS 600/5ML..... 25
FELBAMATE TAB 400MG..... 26
FELBAMATE TAB 600MG..... 26
FELODIPINE TAB 2.5MG ER..... 72
FELODIPINE TAB 5MG ER..... 72
FELODIPINE TAB 10MG ER..... 72
FEMCAP MIS 22MM.....138
FEMCAP MIS 26MM.....138
FEMCAP MIS 30MM.....138
FENOFIBRATE CAP 67MG..... 72
FENOFIBRATE CAP 134MG..... 72
FENOFIBRATE CAP 200MG..... 72
FENOFIBRATE TAB 48MG..... 72
FENOFIBRATE TAB 54MG..... 72
FENOFIBRATE TAB 145MG..... 72
FENOFIBRATE TAB 160MG..... 72
FENOPROFEN TAB 600MG.....11
FENTANYL DIS 12MCG/HR.....11
FENTANYL DIS 25MCG/ HR.....11
FENTANYL DIS 50MCG/ HR.....11
FENTANYL DIS 75MCG/ HR.....11
FENTANYL DIS 100MCG/H.....11
FENTANYL OT LOZ 200MCG.....11
FENTANYL OT LOZ 400MCG.....12
FENTANYL OT LOZ 600MCG.....12
FENTANYL OT LOZ 800MCG.....12
FENTANYL OT LOZ 1200MCG.....11
FENTANYL OT LOZ 1600MCG.....11
FERRIC CITRA TAB 210MG..... 94
FESOTERODINE TAB 4MG ER.....104
FESOTERODINE TAB 8MG ER.....104
FINASTERIDE TAB 5MG.....104
FINGOLIMOD CAP 0.5MG..... 85
FINZALA CHW FE 1/20 111
FLAC OIL 0.01% OT..... 147
FLAVOXATE TAB 100MG.....104
FLECAINIDE TAB 50MG..... 72
FLECAINIDE TAB 100MG..... 72
FLECAINIDE TAB 150MG..... 72
FLEXICHAMBER MIS MASK SM.....138
FLUAD INJ 2025-26..... 128
FLUARIX INJ 2025-26 128
FLUBLOK INJ 2025-26..... 128
FLUCELVAX INJ 2025-26 128
FLUCELVAX INJ 2025-26 129
FLUCONAZOLE SUS 10MG/ML..... 35
FLUCONAZOLE SUS 40MG/ML..... 35
FLUCONAZOLE TAB 50MG..... 36
FLUCONAZOLE TAB 100MG..... 35
FLUCONAZOLE TAB 150MG..... 36
FLUCONAZOLE TAB 200MG..... 36
FLUCYTOSINE CAP 250MG..... 36
FLUCYTOSINE CAP 500MG..... 36
FLUDROCORT TAB 0.1MG.....106
FLULAVAL INJ 2025-26..... 129
FLUMIST NASA LIQ 2025-26..... 129
FLUNISOLIDE SPR 0.025%.....150
FLUOCINOLONE CRE 0.01%..... 90
FLUOCINOLONE CRE 0.025%..... 90
FLUOCINOLONE OIL 0.01%BDY..... 90
FLUOCINOLONE OIL 0.01%BDY..... 90
FLUOCINOLONE OIL 0.01% OT..... 147
FLUOCINOLONE OIL 0.01% OT..... 147
FLUOCINOLONE OIL 0.01% SC..... 90
FLUOCINOLONE OIL 0.01% SC..... 90
FLUOCINOLONE OIL 0.01%TOP..... 90
FLUOCINOLONE OIN 0.025%..... 90
FLUOCINOLONE SOL 0.01%..... 90
FLUOCINONIDE CRE 0.05%..... 90
FLUOCINONIDE CRE E 0.05%..... 90
FLUOCINONIDE CRE E 0.05%..... 90
FLUOCINONIDE GEL 0.05%..... 90
FLUOCINONIDE OIN 0.05%..... 90
FLUOCINONIDE SOL 0.05%..... 90
FLURIDE CHW 0.5MG..... 94
FLURIDE CHW 0.25MG..... 94
FLURIDE CHW 1MG..... 94
FLUOROMETHOL SUS 0.1% OP.....144
FLUOROURACIL CRE 0.5%..... 90
FLUOROURACIL CRE 0.5%..... 90
FLUOROURACIL CRE 5%..... 90
FLUOROURACIL SOL 2%..... 90
FLUOROURACIL SOL 5%..... 90
FLUOXETINE CAP 10MG..... 32
FLUOXETINE CAP 20MG..... 32
FLUOXETINE CAP 40MG..... 32
FLUOXETINE CAP 90MG DR..... 32
FLUOXETINE SOL 20MG/5ML..... 32
FLUOXETINE TAB 10MG..... 32
FLUOXETINE TAB 20MG..... 32
FLUPHENAZINE CON 5MG/ML..... 49
FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML..... 49
FLUPHENAZINE TAB 1MG..... 49
FLUPHENAZINE TAB 2.5MG..... 49
FLUPHENAZINE TAB 5MG..... 49
FLUPHENAZINE TAB 10MG..... 49
FLURANDRENOL LOT 0.05%..... 90
FLURAZEPAM CAP 15MG.....156
FLURAZEPAM CAP 30MG.....156
FLURBIPROFEN SOL 0.03% OP.....144
FLURBIPROFEN TAB 100MG.....12
FLUTICASONE CRE 0.05%..... 90
FLUTICASONE OIN 0.005%..... 90
FLUTICASONE SPR 50MCG.....150
FLUTIC/SALME AER 100/50.....150
FLUTIC/SALME AER 250/50.....150
FLUTIC/SALME AER 500/50.....150
FLUTIC/SALME INH 55/14.....150
FLUTIC/SALME INH 113/14.....150
FLUTIC/SALME INH 232/14.....150
FLUVASTATIN CAP 20MG..... 72
FLUVASTATIN CAP 40MG..... 73
FLUVOXAMINE CAP 100MG ER..... 32
FLUVOXAMINE CAP 150MG ER..... 32
FLUVOXAMINE TAB 25MG..... 32
FLUVOXAMINE TAB 50MG..... 32
FLUVOXAMINE TAB 100MG..... 32
FLUZONE HD INJ 2025-26 129
FLUZONE INJ 2025-26 129
FLUZONE INJ 2025-26 129
FOLIC ACID TAB 1MG..... 94
FOLIC ACID TAB 400MCG..... 94
FOLIC ACID TAB 400MCG..... 94

FOLIC ACID TAB 800MCG..... 94
FOLIC ACID TAB 1000MCG..... 94
FOLIC ACID TAB 1000MCG..... 94
FOLIVANE-OB CAP 94
FONDAPARINUX INJ 2.5/0.5..... 65
FONDAPARINUX INJ 5/0.4ML..... 65
FONDAPARINUX INJ 7.5/0.6..... 65
FONDAPARINUX INJ 10/0.8ML..... 65
FORMOTEROL NEB 20/2ML.....150
FOSAMPRENAVI TAB 700MG..... 54
FOSFOMYCIN POW 3GM 22
FOSINOP/HCTZ TAB 10/12.5..... 73
FOSINOP/HCTZ TAB 20/12.5 73
FOSINOPRIL TAB 10MG 73
FOSINOPRIL TAB 20MG 73
FOSINOPRIL TAB 40MG..... 73
FOSRENOL POW 750MG 94
FOSRENOL POW 1000MG..... 94
FREESTYLE LB KIT 2PLS/ SEN.....138
FREESTYLE LB KIT 2/ SENSOR.....138
FREESTYLE LB KIT 3PLS/ SEN.....138
FREESTYLE LB KIT 3/ SENSOR.....138
FREESTYLE LB KIT 14D/ SEN 138
FREESTYLE LB MIS 2/ READER.....138
FREESTYLE LB MIS 3/ READER.....139
FREESTYLE LB MIS 3/ READER.....139
FREESTYLE LB MIS 14D/ RDR 138
FREESTYLE MIS READER 138
FROVATRIPTAN TAB 2.5MG 38
FUROSEMIDE SOL 10MG/ ML..... 73
FUROSEMIDE SOL 40MG/5ML..... 73
FUROSEMIDE TAB 20MG 73
FUROSEMIDE TAB 40MG 73
FUROSEMIDE TAB 80MG 73
FUZEON INJ 90MG 54
FYAVOLV TAB 0.5-2.5.....112
FYAVOLV TAB 1-5.....112
GABAPENTIN CAP 100MG..... 26
GABAPENTIN CAP 300MG 26
GABAPENTIN CAP 400MG 26
GABAPENTIN SOL 250/5ML..... 26
GABAPENTIN SOL 300/6ML 26
GABAPENTIN TAB 600MG..... 26
GABAPENTIN TAB 800MG..... 26
GALANTAMINE CAP 8MG ER..... 29
GALANTAMINE CAP 16MG ER..... 29
GALANTAMINE CAP 24MG ER..... 29
GALANTAMINE SOL 4MG/ ML 29
GALANTAMINE TAB 4MG..... 29
GALANTAMINE TAB 8MG..... 29
GALANTAMINE TAB 12MG..... 29
GALBRIELA CHW 112
GALLIFREY TAB 5MG 112
GALZIN CAP 25MG 94
GALZIN CAP 50MG 94
GARDASIL 9 INJ 129
GARDASIL 9 INJ 129
GATIFLOXACIN SOL 0.5% 144
GAUZE PAD 2"X2" 139
GAVILAX POW 99
GAVILYTE-C SOL..... 99
GAVILYTE-G SOL..... 99
GEFITINIB TAB 250MG 41
GEMFIBROZIL TAB 600MG..... 73
GENERLAC SOL 10/15ML..... 99
GENERLAC SOL 10GM/15 99
GENGRAF CAP 25MG.....129
GENGRAF CAP 100MG 129
GENGRAF SOL 100MG/ ML 129
GENTAMICIN CRE 0.1%..... 22
GENTAMICIN OIN 0.1% 22
GENTAMICIN SOL 0.3% OP.....144
GENTLELAX POW..... 99
GENVOYA TAB..... 54
GG/CODEINE SOL 100-10/5 150
GILOTRIF TAB 20MG.....41
GILOTRIF TAB 30MG.....41
GILOTRIF TAB 40MG 41
GILTUSS TAB 10-388MG 150
GLATIRAMER INJ 20MG/ ML..... 85
GLATIRAMER INJ 40MG/ ML..... 85
GLATOPA INJ 20MG/ML 85
GLATOPA INJ 40MG/ML 85
GLIMEPIRIDE TAB 1MG..... 58
GLIMEPIRIDE TAB 2MG..... 58
GLIMEPIRIDE TAB 4MG 58
GLIPIZIDE ER TAB 2.5MG..... 59
GLIPIZIDE ER TAB 5MG..... 59
GLIPIZIDE ER TAB 10MG 59
GLIPIZIDE TAB 2.5MG 59
GLIPIZIDE TAB 5MG 59
GLIPIZIDE TAB 10MG..... 59
GLIP/METFORM TAB 2.5-250..... 58
GLIP/METFORM TAB 2.5-250M..... 58
GLIP/METFORM TAB 2.5-500..... 58
GLIP/METFORM TAB 2.5-500M..... 58
GLIP/METFORM TAB 5-500MG 58
GLUCAGON EMR SOL 1MG..... 59
GLUCAGON INJ 1MG..... 59
GLUCAGON INJ 1MG..... 59
GLUCOSE BITS CHW 1GM 59
GLUCOSE CHW RASPBERY..... 59
GLUCOSE GEL 15GM/33G..... 59
GLUCOSE GEL 40%..... 59
GLYB/METFORM TAB 1.25-250 59
GLYB/METFORM TAB 2.5-500 59
GLYB/METFORM TAB 5-500MG..... 59
GLYBURIDE TAB 1.25MG..... 59
GLYBURIDE TAB 2.5MG 59
GLYBURIDE TAB 5MG..... 59
GLYBURID MCR TAB 1.5MG..... 59
GLYBURID MCR TAB 3MG..... 59
GLYBURID MCR TAB 6MG 59
GLYCOLAX POW 3350 NF 99
GLYCOPYRROL TAB 1MG 100
GLYCOPYRROL TAB 2MG 100
GLYDO GEL 2%.....16
GNP GLUCOSE CHW 2GM 59
GRANISETRON TAB 1MG 34
GRISEOFULVIN SUS 125/5ML 36
GRISEOFULVIN TAB MICR 500 36
GRISEOFULVIN TAB ULTR 125 36
GRISEOFULVIN TAB ULTR 250..... 36
GUANFACINE TAB 1MG..... 73
GUANFACINE TAB 1MG ER 85
GUANFACINE TAB 2MG..... 73
GUANFACINE TAB 2MG ER 85
GUANFACINE TAB 3MG ER 85
GUANFACINE TAB 4MG ER 85
GVOKE HYPO 1 INJ 0.5/.1ML 59
GVOKE HYPO 1 INJ 1/0.2ML..... 59
GVOKE HYPO 2 INJ 0.5/.1ML 59
GVOKE HYPO 2 INJ 1/0.2ML..... 59
GVOKE KIT SOL 1/0.2ML 59
GVOKE PFS INJ 1/0.2ML..... 59
GYNAZOLE-1 CRE 2% 36
GYNOL II GEL 3% 104
HADLIMA INJ 40/0.4ML..... 129
HADLIMA INJ 40/0.8ML..... 129
HADLIMA PUSH INJ 40/0.4ML 130
HADLIMA PUSH INJ 40/0.8ML 130
HAEGARDA INJ 2000UNIT 130
HAEGARDA INJ 3000UNIT 130
HAILEY 24 TAB FE.....112
HAILEY FE TAB 1.5/30.....112
HAILEY FE TAB 1/20 112
HAILEY TAB 1.5/30 112
HALOBETASOL CRE 0.05% 90
HALOBETASOL OIN 0.05%.....91
HALOETTE MIS.....112
HALOPERIDOL CON 2MG/ ML 49
HALOPERIDOL TAB 0.5MG 49
HALOPERIDOL TAB 1MG..... 49
HALOPERIDOL TAB 2MG 49
HALOPERIDOL TAB 5MG 49
HALOPERIDOL TAB 10MG 49
HALOPERIDOL TAB 20MG..... 49
HAVRIX INJ 720UNIT 130
HAVRIX INJ 1440UNIT 130
HC/ACET ACID SOL 1-2%OTIC 147
HC BUTYRATE CRE 0.1% 91
HC BUTYRATE OIN 0.1% 91

HC BUTYRATE SOL 0.1% 91
HC PRAMOXINE CRE 1-1% 91
HC VALERATE CRE 0.2% 91
HC VALERATE OIN 0.2% 91
HEATHER TAB 0.35MG 112
HEPARIN SOD INJ 1000/ ML 65
HEPARIN SOD INJ 1000/ ML 65
HEPARIN SOD INJ 2000/2ML 65
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5 65
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5 65
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5 65
HEPARIN SOD INJ 5000/ ML 65
HEPARIN SOD INJ 5000/ ML 65
HEPARIN SOD INJ 5000/ ML 65
HEPARIN SOD INJ 10000/10 65
HEPARIN SOD INJ 10000/ ML 65
HEPARIN SOD INJ 10000/ ML 65
HEPARIN SOD INJ 20000/ ML 65
HEPARIN SOD INJ 30000/30 65
HEPARIN SOD INJ 50000/10 65
HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML 130
HER STYLE TAB 1.5MG 112
HIBERIX SOL 10MCG 130
HUMALOG INJ 100/ML 59
HUMALOG JR INJ 100/ML 59
HUMALOG KWPN INJ 100/ ML 59
HUMALOG KWPN INJ 200/ML 60
HUMALOG MIX INJ 50/50 60
HUMALOG MIX INJ 50/50KWP 60
HUMALOG MIX INJ 75/25KWP 60
HUMALOG MIX SUS 75/25 60
HUMATIN CAP 250MG 22
HUMULIN INJ 70/30 60
HUMULIN INJ 70/30KWP 60
HUMULIN N INJ U-100 60
HUMULIN N INJ U-100KWP 60
HUMULIN R INJ U-100 60
HUMULIN R INJ U-500 60
HUMULIN R INJ U-500KWP 60
HYCAMTIN CAP 0.25MG 41
HYCAMTIN CAP 1MG 41
HYD POL/CPM SUS 10-8/5ML 150
HYDRALAZINE TAB 10MG 73
HYDRALAZINE TAB 25MG 73
HYDRALAZINE TAB 50MG 73
HYDRALAZINE TAB 100MG 73
HYDRO/ACETA SOL 10-325MG 12
HYDRO/APAP SOL 12
HYDROCHLOROT CAP 12.5MG 73
HYDROCHLOROT TAB 12.5MG 73
HYDROCHLOROT TAB 25MG 73
HYDROCHLOROT TAB 50MG 73
HYDROC/HOMAT TAB 5-1.5MG 150
HYDROCO/APAP SOL 7.5-325 12
HYDROCO/APAP TAB 2.5-325 12
HYDROCO/APAP TAB 5-325MG 12
HYDROCO/APAP TAB 7.5-325 12
HYDROCO/APAP TAB 10-325MG 12
HYDROCOD/HOM SOL 5-1.5/5 150
HYDROCOD/HOM SYP 5-1.5/5 150
HYDROCOD/IBU TAB 5-200MG 12
HYDROCOD/IBU TAB 7.5-200 12
HYDROCOD/IBU TAB 10-200MG 12
HYDROCODONE CAP 10MG ER 12
HYDROCODONE CAP 15MG ER 12
HYDROCODONE CAP 20MG ER 12
HYDROCODONE CAP 30MG ER 12
HYDROCODONE CAP 40MG ER 12
HYDROCODONE CAP 50MG ER 12
HYDROCORT CRE 2.5% 91
HYDROCORT ENE 100MG 135
HYDROCORTISO CRE 2.5% 136
HYDROCORT LOT 2.5% 91
HYDROCORT OIN 1% 91
HYDROCORT OIN 2.5% 91
HYDROCORT TAB 5MG 106
HYDROCORT TAB 10MG 106
HYDROCORT TAB 20MG 106
HYDROGEN PER SOL 3% 22
HYDROMET SYP 5-1.5/5 150
HYDROMORPHON LIQ 1MG/ML 12
HYDROMORPHON TAB 2MG 12
HYDROMORPHON TAB 4MG 13
HYDROMORPHON TAB 8MG 13
HYDROMORPHON TAB 8MG ER 13
HYDROMORPHON TAB 12MG ER 12
HYDROMORPHON TAB 16MG ER 12
HYDROMORPHON TAB 32MG ER 12
HYDROXYCHLOR TAB 100MG 46
HYDROXYCHLOR TAB 200MG 46
HYDROXYUREA CAP 500MG 41
HYDROXYZ HCL SYP 10MG/5ML 151
HYDROXYZ HCL TAB 10MG 151
HYDROXYZ HCL TAB 25MG 151
HYDROXYZ HCL TAB 50MG 151
HYDROXYZINE SOL 10MG/5ML 57
HYDROXYZINE SOL 50/25ML 151
HYDROXYZINE SYP 10MG/5ML 151
HYDROXYZ PAM CAP 25MG 151
HYDROXYZ PAM CAP 50MG 151
HYDROXYZ PAM CAP 100MG 151
HYPERSAL NEB 3.5% 151
HYPERSAL NEB 7% 151
IBANDRONATE TAB 150MG 136
IBUPROFEN TAB 400MG 13
IBUPROFEN TAB 600MG 13
IBUPROFEN TAB 800MG 13
IBU TAB 400MG 13
IBU TAB 600MG 13
IBU TAB 800MG 13
ICATIBANT INJ 30MG/3ML 130
ICLEVIA TAB 112
ICOSAPENT CAP 0.5GM 73
ICOSAPENT CAP 1GM 73
IHEALTH LIQ CONTROL 139
IMATINIB MES TAB 100MG 42
IMATINIB MES TAB 400MG 42
IMBRUVICA CAP 70MG 42
IMBRUVICA CAP 140MG 42
IMBRUVICA SUS 70MG/ ML 42
IMBRUVICA TAB 140MG 42
IMBRUVICA TAB 280MG 42
IMBRUVICA TAB 420MG 42
IMIPRAM HCL TAB 10MG 32
IMIPRAM HCL TAB 25MG 32
IMIPRAM HCL TAB 50MG 32
IMIPRAM PAM CAP 75MG 32
IMIPRAM PAM CAP 100MG 32
IMIPRAM PAM CAP 125MG 32
IMIPRAM PAM CAP 150MG 32
IMIQUIMOD CRE 5% 91
INATAL GT TAB 94
INCASSIA TAB 0.35MG 112
INCRELEX INJ 40MG/4ML 107
INDAPAMIDE TAB 1.25MG 73
INDAPAMIDE TAB 2.5MG 73
INDOMETHACIN CAP 25MG 13
INDOMETHACIN CAP 50MG 13
INDOMETHACIN CAP 75MG ER 13
INFANRIX INJ 130
INGREZZA CAP 40-80MG 85
INGREZZA CAP 40MG 85
INGREZZA CAP 40MG 85
INGREZZA CAP 60MG 85
INGREZZA CAP 60MG 85
INGREZZA CAP 80MG 85
INGREZZA CAP 80MG 85
INLYTA TAB 1MG 42
INLYTA TAB 5MG 42
INS DEGL FLX INJ 100UNIT 60
INS DEGL FLX INJ 200UNIT 60
INSPIREASE MIS DD SYST 139
INSPIREASE MIS RES BAG 139
INS SYR U500 MIS 0.5/31G 139
INSTA-GLUCOS GEL 77.4% 60
INSULIN ASPA INJ 70/30 60
INSULIN DEGL INJ 100UNIT 60
INSULIN LISP INJ 100/ML 60
INSULIN LISP INJ 100/ML 60
INSULIN LISP INJ JR KWPN 60
INSULIN LISP INJ PROT KWP 60
INSULIN SRYG MIS 1ML/32G 139

INSULIN SYRG MIS 0.3/29G 139
INSULIN SYRG MIS 0.3/30G 139
INSULIN SYRG MIS 0.3/30G 139
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G 139
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G 139
INSULIN SYRG MIS 0.5/28G 139
INSULIN SYRG MIS 0.5/29G 139
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G 139
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G 139
INSULIN SYRG MIS 0.5/31G 139
INSULIN SYRG MIS 0.5/31G 139
INSULIN SYRG MIS 0.5/32G 139
INSULIN SYRG MIS 1ML/27G 139
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G 139
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G 139
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G 139
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G 140
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G 140
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G 140
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G 140
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G 140
INTELENCE TAB 25MG 54
INTROVALE TAB 112
INVELTYS SUS 1% 144
IOPIDINE SOL 1% OP 144
IPOL INJ INACTIVE 130
IPRATROPIUM AER 17MCG 151
IPRATROPIUM SOL 0.02%INH 151
IPRATROPIUM/ SOL ALBUTER 151
IPRATROPIUM SPR 0.03% 151
IPRATROPIUM SPR 0.06% 151
IRBESAR/HCTZ TAB 150-12.5 74
IRBESAR/HCTZ TAB 300-12.5 74
IRBESARTAN TAB 75MG 74
IRBESARTAN TAB 150MG 74
IRBESARTAN TAB 300MG 74
ISENTRESS POW 100MG 54
ISIBLOOM TAB 112
ISONIAZID SYP 50MG/5ML 39
ISONIAZID TAB 100MG 39
ISONIAZID TAB 300MG 39
ISOP ALCOHOL SOL 70% RUB 16
ISOSO/HYDRAL TAB 20-37.5 74
ISOSORB DIN TAB 5MG 74
ISOSORB DIN TAB 10MG 74
ISOSORB DIN TAB 20MG 74
ISOSORB DIN TAB 30MG 74
ISOSORB MONO TAB 10MG 74
ISOSORB MONO TAB 20MG 74
ISOSORB MONO TAB 30MG ER 74
ISOSORB MONO TAB 60MG ER 74
ISOSORB MONO TAB 120MG ER 74
ISOTRETINOIN CAP 10MG 91
ISOTRETINOIN CAP 20MG 91
ISOTRETINOIN CAP 30MG 91
ISOTRETINOIN CAP 40MG 91
ISRADIPINE CAP 2.5MG 74
ISRADIPINE CAP 5MG 74
ITRACONAZOLE CAP 100MG 36
ITRACONAZOLE SOL 10MG/ML 36
ITRACONAZOLE SOL 100/10ML 36
IVABRADINE TAB 5MG 74
IVABRADINE TAB 7.5MG 74
IVERMECTIN CRE 1% 91
IVERMECTIN LOT 0.5% 91
IVERMECTIN TAB 3MG 46
JAIMIESS TAB 112
JAKAFI TAB 5MG 42
JAKAFI TAB 10MG 42
JAKAFI TAB 15MG 42
JAKAFI TAB 20MG 42
JAKAFI TAB 25MG 42
JANTOVEN TAB 1MG 65
JANTOVEN TAB 2.5MG 65
JANTOVEN TAB 2MG 65
JANTOVEN TAB 3MG 65
JANTOVEN TAB 4MG 65
JANTOVEN TAB 5MG 65
JANTOVEN TAB 6MG 66
JANTOVEN TAB 7.5MG 66
JANTOVEN TAB 10MG 65
JARDIANCE TAB 10MG 74
JARDIANCE TAB 25MG 74
JASMIEL TAB 3-0.02MG 112
JENCYCLA TAB 0.35MG 112
JINTELI TAB 1MG-5MCG 112
JOLESSA TAB 112
JOYEAUX TAB 0.1-20 112
JULEBER TAB 112
JULUCA TAB 50-25MG 54
JUNEL 1.5/30 TAB 112
JUNEL 1/20 TAB 112
JUNEL FE 24 TAB 1/20 112
JUNEL FE TAB 1.5/30 112
JUNEL FE TAB 1/20 112
JYNNEOS INJ 130
KAITLIB FE CHW 113
KALLIGA TAB 113
KARIVA TAB 28 DAY 113
KELNOR 1/50 TAB 113
KELNOR TAB 1/35 113
KETOCONAZOLE CRE 2% 36
KETOCONAZOLE SHA 2% 36
KETOCONAZOLE TAB 200MG 36
KETO-DIASTIX TES 140
KETOPROFEN CAP 25MG 13
KETOPROFEN CAP 50MG 13
KETOPROFEN CAP 200MG ER 13
KETOROLAC SOL 0.4% OP 144
KETOROLAC SOL 0.5% OP 144
KETOROLAC SOL 0.5% OP 144
KETOROLAC TAB 10MG 13
KINRIX INJ 130
KISQALI 200 PAK FEMARA 42
KISQALI 400 PAK FEMARA 42
KISQALI 600 PAK FEMARA 42
KISQALI TAB 200DOSE 42
KISQALI TAB 400DOSE 42
KISQALI TAB 600DOSE 42
KLAYESTA POW 100000 36
KLOR-CON 8 TAB 8MEQ ER 94
KLOR-CON 10 TAB 10MEQ ER 94
KLOR-CON/EF TAB 25MEQ 95
KLOR-CON M10 TAB 10MEQ ER 94
KLOR-CON M15 TAB 15MEQ ER 95
KLOR-CON M20 TAB 20MEQ ER 95
KLOR-CON PAK 20MEQ 94
KRISTALOSE PAK 10GM 100
KRISTALOSE PAK 20GM 100
KURVELO TAB 0.15/30 113
LABETALOL TAB 100MG 74
LABETALOL TAB 200MG 74
LABETALOL TAB 300MG 74
LABETALOL TAB 400MG 74
LACOSAMIDE SOL 10MG/ ML 26
LACOSAMIDE SOL 50/5ML 26
LACOSAMIDE SOL 50MG/5ML 26
LACOSAMIDE SOL 100/10ML 26
LACOSAMIDE SOL 150/15ML 26
LACOSAMIDE SOL 200/20ML 26
LACOSAMIDE TAB 50MG 26
LACOSAMIDE TAB 100MG 26
LACOSAMIDE TAB 150MG 26
LACOSAMIDE TAB 200MG 26
LACTULOSE PAK 10GM 100
LACTULOSE PAK 20GM 100
LACTULOSE SOL 10/15ML 100
LACTULOSE SOL 10/15ML 100
LACTULOSE SOL 10GM/15 100
LACTULOSE SOL 20/30ML 100
LAGEVRIO CAP 200MG 54
LAMIVUDINE SOL 10MG/ ML 54
LAMIVUDINE SOL 300/30ML 54
LAMIVUDINE TAB 100MG 55
LAMIVUDINE TAB 150MG 55
LAMIVUDINE TAB 300MG 55
LAMIVUD/ZIDO TAB 150-300 54
LAMOTRIGINE CHW 5MG 26
LAMOTRIGINE CHW 25MG 26
LAMOTRIGINE TAB 25MG 26
LAMOTRIGINE TAB 100MG 26
LAMOTRIGINE TAB 150MG 26

LAMOTRIGINE TAB 200MG 26
LANCET DEVIC MIS ADJUST 140
LANCETS MIS 140
LANSOPR/AMOX PAK / CLARITH ... 100
LANSOPRAZOLE CAP 15MG DR 100
LANSOPRAZOLE CAP 30MG DR 100
LANTHANUM CHW 500MG 95
LANTHANUM CHW 750MG 95
LANTHANUM CHW 1000MG 95
LARIN 24 TAB FE 1/20 113
LARIN FE TAB 1.5/30 113
LARIN FE TAB 1/20 113
LARIN TAB 1.5/30 113
LARIN TAB 1/20 113
LASTACAFT SOL 0.25% 145
LATANOPROST SOL 0.005% 145
LAYOLIS FE CHW 113
LEDIP-SOFOSB TAB 90-400MG 55
LEENA TAB 113
LEFLUNOMIDE TAB 10MG 130
LEFLUNOMIDE TAB 20MG 130
LENALIDOMIDE CAP 2.5MG 42
LENALIDOMIDE CAP 5MG 42
LENALIDOMIDE CAP 10MG 42
LENALIDOMIDE CAP 15MG 42
LENALIDOMIDE CAP 20MG 42
LENALIDOMIDE CAP 25MG 42
LENVIMA CAP 4MG 43
LENVIMA CAP 8 MG 43
LENVIMA CAP 10 MG 42
LENVIMA CAP 12MG 43
LENVIMA CAP 14 MG 43
LENVIMA CAP 18 MG 43
LENVIMA CAP 20 MG 43
LENVIMA CAP 24 MG 43
LESSINA TAB 113
LETROZOLE TAB 2.5MG 43
LEUCOVOR CA TAB 5MG 43
LEUCOVOR CA TAB 10MG 43
LEUCOVOR CA TAB 15MG 43
LEUCOVOR CA TAB 25MG 43
LEUKERAN TAB 2MG 43
LEUPROLIDE INJ 1MG/0.2 124
LEUPROLIDE INJ 14 DAY 124
LEUPROLIDE KIT 1MG/0.2 124
LEUPROLIDE KIT 14 DAY 124
LEVALBUTEROL NEB 0.31MG 151
LEVALBUTEROL NEB 0.63MG 151
LEVALBUTEROL NEB 1.25/0.5 151
LEVALBUTEROL NEB 1.25MG 151
LEVEMIR INJ 60
LEVEMIR INJ FLEXPEN 60
LEVETIRACETA SOL 100MG/ML 26
LEVETIRACETA SOL 100MG/ML 26
LEVETIRACETA SOL 500/5ML 26
LEVETIRACETA TAB 250MG 26
LEVETIRACETA TAB 500MG 27
LEVETIRACETA TAB 500MG ER 27
LEVETIRACETA TAB 750MG 27
LEVETIRACETA TAB 750MG ER 27
LEVETIRACETA TAB 1000MG 26
LEVOBUNOLOL SOL 0.5% OP 145
LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML 140
LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML 140
LEVOCARNITIN TAB 330MG 140
LEVOCETIRIZI SOL 2.5/5ML 151
LEVOCETIRIZI TAB 5MG 151
LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG 113
LEVOFLOXACIN SOL 0.5% 145
LEVOFLOXACIN SOL 1.5% 145
LEVOFLOXACIN SOL 25MG/ML 22
LEVOFLOXACIN TAB 250MG 22
LEVOFLOXACIN TAB 500MG 22
LEVOFLOXACIN TAB 750MG 22
LEVONEST TAB 113
LEVONOR/ETHI TAB 113
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02 113
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-20 113
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO 113
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO 113
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO 113
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO 113
LEVONOR/ETHI TAB ESTRADIO 113
LEVONORGESTR TAB 1.5MG 114
LEVORA-28 TAB 0.15/30 114
LEVORPHANOL TAB 2MG 13
LEVORPHANOL TAB 3MG 13
LEVOTHYROXIN TAB 25MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 50MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 75MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 88MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 100MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 112MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 125MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 137MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 150MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 175MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 200MCG 121
LEVOTHYROXIN TAB 300MCG 121
LEVO-T TAB 25MCG 120
LEVO-T TAB 50MCG 121
LEVO-T TAB 75MCG 121
LEVO-T TAB 88MCG 121
LEVO-T TAB 100MCG 120
LEVO-T TAB 112MCG 120
LEVO-T TAB 125MCG 120
LEVO-T TAB 137MCG 120
LEVO-T TAB 150MCG 120
LEVO-T TAB 175MCG 120
LEVO-T TAB 200MCG 120
LEVO-T TAB 300 MCG 120
LEVOXYL TAB 25MCG 121
LEVOXYL TAB 50MCG 121
LEVOXYL TAB 75MCG 122
LEVOXYL TAB 88MCG 122
LEVOXYL TAB 100MCG 121
LEVOXYL TAB 112MCG 121
LEVOXYL TAB 125MCG 121
LEVOXYL TAB 137MCG 121
LEVOXYL TAB 150MCG 121
LEVOXYL TAB 175MCG 121
LEVOXYL TAB 200MCG 121
LIDOCAINE DIS 5% PATCH 16
LIDOCAINE GEL 2% JELLY 16
LIDOCAINE GEL 2% JELLY 16
LIDOCAINE SOL 2% ORAL 87
LIDOCAINE SOL 2% VISC 87
LIDOCAINE SOL 4% 16
LIDOCAINE SOL 4% 87
LIDO/PRILOCN CRE 2.5-2.5% 16
LINEZOLID SUS 100/5ML 22
LINEZOLID TAB 600MG 22
LINZESS CAP 72MCG 100
LINZESS CAP 145MCG 100
LINZESS CAP 290MCG 100
LIOMNY TAB 5MCG 122
LIOMNY TAB 25MCG 122
LIOMNY TAB 50MCG 122
LIOTHYRONINE TAB 5MCG 122
LIOTHYRONINE TAB 25MCG 122
LIOTHYRONINE TAB 50MCG 122
LISINOP/HCTZ TAB 10-12.5 74
LISINOP/HCTZ TAB 20-12.5 74
LISINOP/HCTZ TAB 20-25MG 74
LISINOPRIL TAB 2.5MG 74
LISINOPRIL TAB 5MG 74
LISINOPRIL TAB 10MG 74
LISINOPRIL TAB 20MG 74
LISINOPRIL TAB 30MG 74
LISINOPRIL TAB 40MG 74
LITHIUM CARB CAP 150MG 58
LITHIUM CARB CAP 300MG 58
LITHIUM CARB CAP 600MG 58
LITHIUM CARB TAB 300MG 58
LITHIUM CARB TAB 300MG ER 58
LITHIUM CARB TAB 450MG ER 58
LITHIUM SOL 8MEQ/5ML 58
LOJAIMIESS TAB 114
LOKELMA PAK 5GM 95
LOKELMA PAK 10GM 95
LO LOESTRIN TAB 1-10-10 114
LOMUSTINE CAP 10MG 43

LOMUSTINE CAP 40MG 43
LOMUSTINE CAP 100MG 43
LOPERAMIDE CAP 2MG 100
LOPIN/RITON TAB 100-25MG 55
LOPIN/RITON TAB 200-50MG 55
LORAZEPAM CON 2MG/ ML 57
LORAZEPAM TAB 0.5MG 57
LORAZEPAM TAB 1MG 57
LORAZEPAM TAB 2MG 57
LORBRENA TAB 25MG 43
LORBRENA TAB 100MG 43
LORYNA TAB 3-0.02MG 114
LOSARTAN/HCT TAB 50-12.5 75
LOSARTAN/HCT TAB 100-12.5 75
LOSARTAN/HCT TAB 100-25 75
LOSARTAN POT TAB 25MG 75
LOSARTAN POT TAB 50MG 75
LOSARTAN POT TAB 100MG 75
LOTEMAX OIN 0.5% 145
LOTEMAX SM GEL 0.38% 145
LOTEPREDNOL SUS 0.5% 145
LOTEPR/TOBRA SUS 0.5-0.3% 145
LOVASTATIN TAB 10MG 75
LOVASTATIN TAB 20MG 75
LOVASTATIN TAB 40MG 75
LOW-OGESTREL TAB 114
LOXAPINE CAP 5MG 49
LOXAPINE CAP 10MG 49
LOXAPINE CAP 25MG 49
LOXAPINE CAP 50MG 49
LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG 114
LUBIPROSTONE CAP 8MCG 100
LUBIPROSTONE CAP 24MCG 100
LUIZZA 1/20 TAB 114
LUIZZA TAB 1.5/30 114
LULICONAZOLE CRE 1% 36
LUMIGAN SOL 0.01% OP 145
LURASIDONE TAB 20MG 50
LURASIDONE TAB 40MG 50
LURASIDONE TAB 60MG 50
LURASIDONE TAB 80MG 50
LURASIDONE TAB 120MG 50
LUTERA TAB 114
LYLEQ TAB 0.35MG 114
LYLLANA DIS 0.1MG 114
LYLLANA DIS 0.05MG 114
LYLLANA DIS 0.025MG 114
LYLLANA DIS 0.075MG 114
LYLLANA DIS 0.0375MG 114
LYNPARZA TAB 100MG 43
LYNPARZA TAB 150MG 43
LYSODREN TAB 500MG 43
LYZA TAB 0.35MG 114
MAFENIDE ACE PAK 5% 91
MAG CITRATE SOL LEMON 100
MAG CITRATE SOL LEMON 100
MALATHION LOT 0.5% 91
MARAVIROC TAB 150MG 55
MARAVIROC TAB 300MG 55
MARLISSA TAB 0.15/30 114
MARPLAN TAB 10MG 32
MASK VORTEX/ MIS FROG 140
MATULANE CAP 50MG 43
MATZIM LA TAB 180MG/24 75
MATZIM LA TAB 240MG/24 75
MATZIM LA TAB 300MG/24 75
MATZIM LA TAB 360MG/24 75
MATZIM LA TAB 420MG/24 75
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2 140
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2" 140
MECLIZINE TAB 25MG 34
MECLIZINE TAB 50MG 34
MECLOFEN SOD CAP 50MG 13
MECLOFEN SOD CAP 100MG 13
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML 114
MEDROXYPR AC INJ 150MG/ML 114
MEDROXYPR AC TAB 2.5MG 114
MEDROXYPR AC TAB 5MG 114
MEDROXYPR AC TAB 10MG 114
MEFENAM ACID CAP 250MG 13
MEFLOQUINE TAB 250MG 46
MEGESTROL AC SUS 40MG/ML 115
MEGESTROL AC SUS 400/10ML 114
MEGESTROL AC SUS 400MG/10 115
MEGESTROL AC SUS 800MG/20 115
MEGESTROL AC TAB 20MG 115
MEGESTROL AC TAB 40MG 115
MEGESTROL SUS 625MG/5M 114
MELEYA TAB 0.35MG 115
MELOXICAM TAB 7.5MG 13
MELOXICAM TAB 15MG 13
MELPHALAN TAB 2MG 43
MEMANTINE HC SOL 2MG/ML 29
MEMANTINE SOL 2MG/ ML 29
MEMANTINE SOL 10MG/5ML 29
MEMANTINE TAB HCL 5MG 29
MEMANTINE TAB HCL 5MG 29
MEMANTINE TAB HCL 10MG 29
MEMANTINE TAB HCL 10MG 29
MEMANT TITRA PAK 5-10MG 29
MENQUADFI INJ 130
MENVEO INJ 130
MENVEO SOL 130
MEPROBAMATE TAB 200MG 57
MEPROBAMATE TAB 400MG 58
MERCAPTOPUR TAB 50MG 43
MESALAMINE CAP 0.375GM 136
MESALAMINE ENE 4GM 136
MESALAMINE KIT 4GM 136
MESALAMINE SUP 1000MG 136
MESALAMINE TAB 1.2GM 136
MESNA TAB 400MG 43
METAXALONE TAB 800MG 155
METFORMIN SOL 500/5ML 60
METFORMIN TAB 500MG 60
METFORMIN TAB 500MG ER 61
METFORMIN TAB 750MG ER 61
METFORMIN TAB 850MG 61
METFORMIN TAB 1000MG 60
METHADONE SOL 5MG/5ML 13
METHADONE SOL 10MG/5ML 13
METHADONE TAB 5MG 13
METHADONE TAB 10MG 13
METHAMPHETAM TAB 5MG 85
METHAZOLAMID TAB 25MG 145
METHAZOLAMID TAB 50MG 145
METHENAM HIP TAB 1GM 22
METHIMAZOLE TAB 5MG 125
METHIMAZOLE TAB 10MG 125
METHOCARBAM TAB 500MG 155
METHOCARBAM TAB 750MG 155
METHOTREXATE INJ 1GM 131
METHOTREXATE INJ 1GM/40ML 131
METHOTREXATE INJ 25MG/ML 131
METHOTREXATE INJ 25MG/ML 131
METHOTREXATE INJ 25MG/ML 131
METHOTREXATE INJ 50MG/2ML 131
METHOTREXATE INJ 50MG/2ML 131
METHOTREXATE INJ 250/10ML 131
METHOTREXATE TAB 2.5MG 131
METHOXSALEN CAP 10MG 91
METHSCOPOLAM TAB 2.5MG 100
METHSCOPOLAM TAB 5MG 100
METHSUXIMIDE CAP 300MG 27
METHYLDOPA TAB 250MG 75
METHYLDOPA TAB 500MG 75
METHYLERGON TAB 0.2MG 140
METHYLPHENID SOL 5MG/5ML 85
METHYLPHENID SOL 10MG/5ML 85
METHYLPHENID TAB 5MG 86
METHYLPHENID TAB 10MG 86
METHYLPHENID TAB 10MG ER 86
METHYLPHENID TAB 18MG OSM 86
METHYLPHENID TAB 20MG 86
METHYLPHENID TAB 20MG ER 86
METHYLPHENID TAB 27MG OSM 86
METHYLPHENID TAB 36MG OSM 86
METHYLPHENID TAB 54MG OSM 86
METHYLPRED TAB 4MG 106
METHYLPRED TAB 4MG 106
METHYLPRED TAB 8MG 106
METHYLPRED TAB 16MG 106

METHYLPRED TAB 32MG 106
METHYLTESTOS CAP 10MG 115
METOCLOPRAM SOL 5MG/5ML 100
METOCLOPRAM SOL 10/10ML 100
METOCLOPRAM TAB 5MG 100
METOCLOPRAM TAB 10MG 100
METOLAZONE TAB 2.5MG 75
METOLAZONE TAB 5MG 75
METOLAZONE TAB 10MG 75
METOPRL/HCTZ TAB 50-25MG 75
METOPRL/HCTZ TAB 100-25MG 75
METOPRL/HCTZ TAB 100-50MG 75
METOPROL SUC TAB 25MG ER 76
METOPROL SUC TAB 25MG ER 76
METOPROL SUC TAB 50MG ER 76
METOPROL SUC TAB 50MG ER 76
METOPROL SUC TAB 100MG ER 75
METOPROL SUC TAB 100MG ER 75
METOPROL SUC TAB 200MG ER 76
METOPROL SUC TAB 200MG ER 76
METOPROL TAR TAB 25MG 76
METOPROL TAR TAB 50MG 76
METOPROL TAR TAB 100MG 76
METRONIDAZOL CRE 0.75% 91
METRONIDAZOL GEL 0.75% 91
METRONIDAZOL GEL 0.75%VAG 22
METRONIDAZOL LOT 0.75% 91
METRONIDAZOL TAB 250MG 22
METRONIDAZOL TAB 500MG 22
MEXILETINE CAP 150MG 76
MEXILETINE CAP 200MG 76
MEXILETINE CAP 250MG 76
MIBELAS 24 CHW FE 115
MICONAZOLE 3 SUP 200MG 36
MICROGESTIN TAB 1.5/30 115
MICROGESTIN TAB 1/20 115
MICROGESTIN TAB FE1.5/30 115
MICROGESTIN TAB FE 1/20 115
MIDODRINE TAB 2.5MG 76
MIDODRINE TAB 5MG 76
MIDODRINE TAB 10MG 76
MIFEPREX TAB 200MG 124
MIFEPRISTONE TAB 200MG 124
MIGERGOT SUP 2/100 38
MIGLITOL TAB 25MG 61
MIGLITOL TAB 50MG 61
MIGLITOL TAB 100MG 61
MILI TAB 0.25/35 115
MILNACIPRAN MIS TITR PAK 86
MILNACIPRAN TAB 12.5MG 86
MILNACIPRAN TAB 25MG 86
MILNACIPRAN TAB 50MG 86
MILNACIPRAN TAB 100MG 86
MIMVEY TAB 1-0.5MG 115
MINOCYCLINE CAP 50MG 22
MINOCYCLINE CAP 75MG 23
MINOCYCLINE CAP 100MG 22
MINOXIDIL TAB 2.5MG 76
MINOXIDIL TAB 10MG 76
MINZOYA TAB 0.1-20 115
MIRALAX POW 3350 NF 100
MIRTAZAPINE TAB 7.5MG 32
MIRTAZAPINE TAB 15MG 32
MIRTAZAPINE TAB 15MG ODT 32
MIRTAZAPINE TAB 30MG 32
MIRTAZAPINE TAB 30MG ODT 32
MIRTAZAPINE TAB 45MG 32
MIRTAZAPINE TAB 45MG ODT 32
MISOPROSTOL TAB 100MCG 101
MISOPROSTOL TAB 200MCG 101
MITOSOL KIT 0.2MG 145
M-M-R II INJ 130
M-NATAL PLUS TAB 95
MNEXSPIKE INJ 2025-26 131
MODAFINIL TAB 100MG 156
MODAFINIL TAB 200MG 156
MOEXIPRIL TAB 7.5MG 76
MOEXIPRIL TAB 15MG 76
MOMETASONE CRE 0.1% 91
MOMETASONE OIN 0.1% 91
MOMETASONE SOL 0.1% 91
MOMETASONE SPR 50MCG 151
MONO-LINYAH TAB 0.25-35 115
MONTELUKAST CHW 4MG 151
MONTELUKAST CHW 5MG 151
MONTELUKAST GRA 4MG 151
MONTELUKAST TAB 10MG 152
MORPHINE SUL SOL 10/0.5ML 13
MORPHINE SUL SOL 10MG/5ML 13
MORPHINE SUL SOL 20MG/5ML 13
MORPHINE SUL SOL 20MG/ML 14
MORPHINE SUL SOL 100/5ML 13
MORPHINE SUL TAB 15MG 14
MORPHINE SUL TAB 15MG ER 14
MORPHINE SUL TAB 30MG 14
MORPHINE SUL TAB 30MG ER 14
MORPHINE SUL TAB 60MG ER 14
MORPHINE SUL TAB 100MG ER 14
MORPHINE SUL TAB 200MG ER 14
MOUNJARO INJ 2.5/0.5 61
MOUNJARO INJ 5MG/0.5 61
MOUNJARO INJ 7.5/0.5 61
MOUNJARO INJ 10MG/0.5 61
MOUNJARO INJ 12.5/0.5 61
MOUNJARO INJ 15MG/0.5 61
MOXIFLOXACIN SOL 0.5% 145
MOXIFLOXACIN SOL 0.5% 145
MOXIFLOXACIN SOL HCL 0.5% 145
MOXIFLOXACIN TAB 400MG 23
MRESVIA INJ 50MCG 131
MULTAQ TAB 400MG 76
MUPIROCIN CRE 2% 91
MUPIROCIN OIN 2% 91
MYALEPT INJ 11.3MG 101
MY CHOICE TAB 1.5MG 115
MYCOPHENOLAT CAP 250MG 131
MYCOPHENOLAT SUS 200MG/ML 131
MYCOPHENOLAT TAB 500MG 131
MYCOPHENOLIC TAB 180MG DR 131
MYCOPHENOLIC TAB 360MG DR 131
MYLERAN TAB 2MG 43
MY WAY TAB 1.5MG 115
NABUMETONE TAB 500MG 14
NABUMETONE TAB 750MG 14
NADOLOL TAB 20MG 76
NADOLOL TAB 40MG 76
NADOLOL TAB 80MG 76
NAFTIFINE CRE HCL 1% 36
NAFTIFINE CRE HCL 2% 36
NALOXONE HCL INJ 0.4MG/ML 17
NALOXONE HCL INJ 1MG/ ML 17
NALOXONE HCL INJ 2MG/2ML 17
NALOXONE HCL SPR 4MG 17
NALOXONE HCL SPR 4MG 17
NALOXONE INJ 0.4MG/ ML 17
NALOXONE INJ 0.4MG/ ML 17
NALOXONE INJ 0.4MG/ ML 17
NALOXONE INJ 4MG/10ML 17
NALOXONE SPR 4MG 17
NALTREXONE TAB 50MG 17
NAPROXEN DR TAB 375MG 14
NAPROXEN DR TAB 500MG 14
NAPROXEN SOD TAB 275MG 14
NAPROXEN SOD TAB 550MG 14
NAPROXEN SUS 125/5ML 14
NAPROXEN TAB 250MG 14
NAPROXEN TAB 375MG 14
NAPROXEN TAB 500MG 14
NARATRIPTAN TAB 1MG 38
NARATRIPTAN TAB 2.5MG 38
NARCAN SPR 4MG 17
NATACYN SUS 5% OP 145
NATEGLINIDE TAB 60MG 61
NATEGLINIDE TAB 120MG 61
NAYZILAM SPR 5MG 27
NEBIVOLOL TAB 2.5MG 76
NEBIVOLOL TAB 5MG 76
NEBIVOLOL TAB 10MG 76
NEBIVOLOL TAB 20MG 76
NEBUSAL NEB 3% 152
NEBUSAL NEB 6% 152
NECON TAB 0.5/35 115

NEEDLE COLLE MIS DISPOSAL 140
NEFAZODONE TAB 50MG 32
NEFAZODONE TAB 100MG 32
NEFAZODONE TAB 150MG 32
NEFAZODONE TAB 200MG 32
NEFAZODONE TAB 250MG 32
NEO/BAC/POLY OIN OP 145
NEOMYCIN TAB 500MG 23
NEONATAL TAB PLUS 95
NEO/POLY/BAC OIN /HC 1%OP 145
NEO/POLY/BAC OIN OP 145
NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP 145
NEO/POLY/DEX SUS 0.1% OP 145
NEO/POLY/GRA SOL OP 145
NEO/POLY/HC SOL 1% OTIC 147
NEO/POLY/HC SUS 1% OTIC 147
NEO/POLY/HC SUS OP 145
NEULASTA INJ 4/0.4ML 66
NEULASTA INJ 6/0.6ML 66
NEVIRAPINE SUS 50MG/5ML 55
NEVIRAPINE TAB 200MG 55
NEVIRAPINE TAB 400MG ER 55
NEW DAY TAB 1.5MG 115
NIACIN ER TAB 500MG 76
NIACIN ER TAB 750MG 77
NIACIN ER TAB 1000MG 76
NIACIN TAB 500MG 76
NIACIN TAB 500MG ER 76
NIACOR TAB 500MG 77
NICARDIPINE CAP 20MG 77
NICARDIPINE CAP 30MG 77
NICODERM CQ DIS 7MG/24HR 17
NICODERM CQ DIS 14MG/24H 17
NICODERM CQ DIS 21MG/24H 17
NICORETTE GUM 2MG 17
NICORETTE GUM 4MG 17
NICORETTE LOZ 2MG MINT 17
NICORETTE LOZ 4MG MINT 17
NICOTINE DIS 7MG/24HR 17
NICOTINE GUM 2MG 17
NICOTINE GUM 4MG 17
NICOTINE LOZ 2MG MINT 17
NICOTINE LOZ 4MG MINT 18
NICOTINE SYS KIT TRANSDER 18
NICOTINE TD DIS 14MG/24H 18
NICOTINE TD DIS 21MG/24H 18
NICOTROL NS SPR 10MG/ ML 18
NIFEDIPINE CAP 10MG 77
NIFEDIPINE CAP 20MG 77
NIFEDIPINE TAB 30MG ER 77
NIFEDIPINE TAB 30MG ER 77
NIFEDIPINE TAB 60MG ER 77
NIFEDIPINE TAB 60MG ER 77
NIFEDIPINE TAB 90MG ER 77
NIFEDIPINE TAB 90MG ER 77
NIKKI TAB 3-0.02MG 115
NILUTAMIDE TAB 150MG 43
NIMODIPINE CAP 30MG 77
NISOLDIPINE TAB 8.5MG ER 77
NISOLDIPINE TAB 17MG ER 77
NISOLDIPINE TAB 20MG ER 77
NISOLDIPINE TAB 25.5MG 77
NISOLDIPINE TAB 30MG ER 77
NISOLDIPINE TAB 34MG ER 77
NISOLDIPINE TAB 40MG ER 77
NITAZOXANIDE TAB 500MG 46
NITISINONE CAP 2MG 103
NITISINONE CAP 5MG 103
NITISINONE CAP 10MG 103
NITISINONE CAP 20MG 103
NITRO-BID OIN 2% 77
NITRO-DUR DIS 0.3MG/ HR 77
NITRO-DUR DIS 0.8MG/ HR 77
NITROFURANTN CAP 100MG 23
NITROFURANTN SUS 25MG/5ML 23
NITROFURANTN SUS 50/10ML 23
NITROFUR MAC CAP 25MG 23
NITROFUR MAC CAP 50MG 23
NITROFUR MAC CAP 100MG 23
NITROGLYCER DIS 0.1MG/ HR 77
NITROGLYCER DIS 0.2MG/ HR 77
NITROGLYCER DIS 0.4MG/HR 77
NITROGLYCER DIS 0.6MG/HR 77
NITROGLYCERI OIN 0.4% 101
NITROGLYCERI SUB 0.6MG 77
NITROGLYCERN SUB 0.3MG 77
NITROGLYCERN SUB 0.4MG 78
NITROGLYCER OIN 2% 77
NIVA-PLUS TAB 95
NIVA THYROID TAB 15MG 122
NIVA THYROID TAB 30MG 122
NIVA THYROID TAB 60MG 122
NIVA THYROID TAB 90MG 122
NIVA THYROID TAB 120MG 122
NIZATIDINE CAP 150MG 101
NIZATIDINE CAP 300MG 101
NORA-BE TAB 0.35MG 115
NORDITROPIN INJ 5/1.5ML 107
NORDITROPIN INJ 10/1.5ML 107
NORDITROPIN INJ 15/1.5ML 107
NORDITROPIN INJ 30/3ML 107
NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35 115
NORELGE/ETHI DIS 150/35 115
NOR/EST/FF TAB 1.5/30 115
NORETH/ETHIN CHW FE 115
NORETH/ETHIN CHW FE 1/20 116
NORETH/ETHIN TAB 0.5-2.5 116
NORETH/ETHIN TAB 1.5/30 116
NORETH/ETHIN TAB 1/20 116
NORETH/ETHIN TAB 1MG-5MCG 116
NORETH/ETHIN TAB 1MG-5MCG 116
NORETH/ETHIN TAB FE 116
NORETH/ETHIN TAB FE 1/20 116
NORETHIN ACE TAB 5MG 116
NORETHINDRON TAB 0.35MG 116
NORGEST/ETHI TAB 0.25/35 116
NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO 116
NORGEST/ETHI TAB ESTRADIO 116
NORLYROC TAB 0.35MG 116
NORPACE CAP 100MG CR 78
NORPACE CAP 150MG CR 78
NORTREL TAB 0.5/35 116
NORTREL TAB 1/35 116
NORTREL TAB 1/35 116
NORTREL TAB 7/7/7 116
NORTRIPTYLIN CAP 10MG 32
NORTRIPTYLIN CAP 25MG 32
NORTRIPTYLIN CAP 50MG 33
NORTRIPTYLIN CAP 75MG 33
NORTRIPTYLIN SOL 10MG/5ML 33
NORVIR POW 100MG 55
NOVOFINE AUT MIS 30GX8MM 140
NOVOFINE MIS 32GX6MM 140
NOVOFINE PLS MIS 32GX4MM 140
NOVOLOG INJ FLEXPEN 61
NOVOLOG INJ FLEX REL 61
NOVOLOG INJ PENFILL 61
NOVOLOG MIX INJ 70/30 61
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN 61
NOVOLOG MIX INJ FLEX REL 61
NOVOLOG RELI INJ 70/30 61
NOVOPEN ECHO MIS 140
NP THYROID TAB 15MG 122
NP THYROID TAB 30MG 122
NP THYROID TAB 60MG 122
NP THYROID TAB 90MG 122
NP THYROID TAB 120MG 122
NUBEQA TAB 300MG 44
NUCYNTA ER TAB 50MG 14
NUCYNTA ER TAB 100MG 14
NUCYNTA ER TAB 150MG 14
NUCYNTA ER TAB 200MG 14
NUCYNTA ER TAB 250MG 14
NUVAXOVID INJ 2025-26 131
NYAMYC POW 100000 36
NYLIA TAB 1/35 116
NYLIA TAB 7/7/7 116
NYMALIZE SOL 78
NYSTATIN CRE 100000 36
NYSTATIN OIN 100000 36
NYSTATIN OIN 100000U 36
NYSTATIN POW 100000 36

NYSTATIN SUS 100000 36
NYSTATIN TAB 500000 36
NYSTAT/TRIAM CRE 91
NYSTAT/TRIAM OIN 91
NYSTOP POW 100000 36
OCELLA TAB 3-0.03MG 116
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML 124
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML 124
OCTREOTIDE INJ 100MCG 124
OCTREOTIDE INJ 100MCG 124
OCTREOTIDE INJ 200MCG 124
OCTREOTIDE INJ 500MCG 124
OCTREOTIDE INJ 500MCG 124
OCTREOTIDE INJ 1000MCG 124
ODEFSEY TAB 55
OFLOXACIN DRO 0.3% OP 145
OFLOXACIN DRO 0.3%OTIC 147
OFLOXACIN TAB 300MG 23
OFLOXACIN TAB 400MG 23
OLANZA/FLUOX CAP 3-25MG 33
OLANZA/FLUOX CAP 6-25MG 33
OLANZA/FLUOX CAP 6-50MG 33
OLANZA/FLUOX CAP 12-25MG 33
OLANZA/FLUOX CAP 12-50MG 33
OLANZAPINE TAB 2.5MG 50
OLANZAPINE TAB 5MG 50
OLANZAPINE TAB 5MG ODT 50
OLANZAPINE TAB 7.5MG 50
OLANZAPINE TAB 10MG 50
OLANZAPINE TAB 10MG ODT 50
OLANZAPINE TAB 15MG 50
OLANZAPINE TAB 15MG ODT 50
OLANZAPINE TAB 20MG 50
OLANZAPINE TAB 20MG ODT 50
OLMESA MEDOX TAB 5MG 78
OLMESA MEDOX TAB 20MG 78
OLMESA MEDOX TAB 40MG 78
OLM MED/HCTZ TAB 20-12.5 78
OLM MED/HCTZ TAB 40-12.5 78
OLM MED/HCTZ TAB 40-25MG 78
OLOPATADINE SPR 0.6% 152
OLUMIANT TAB 1MG 131
OLUMIANT TAB 2MG 131
OLUMIANT TAB 4MG 131
OMEGA-3-ACID CAP 1GM 78
OMEGA-3-ACID CAP 1GM 78
OMEPRAZOLE CAP 10MG 101
OMEPRAZOLE CAP 20MG 101
OMEPRAZOLE CAP 40MG 101
OMNIFLEX DPR 140
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6 140
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6 140
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6 140
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO 140
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS 140
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6 141
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6 141
OMNITROPE INJ 5/1.5ML 107
OMNITROPE INJ 5.8MG 107
OMNITROPE INJ 10/1.5ML 107
ONDANSETRON SOL 4MG/5ML 34
ONDANSETRON TAB 4MG 35
ONDANSETRON TAB 4MG ODT 35
ONDANSETRON TAB 8MG 35
ONDANSETRON TAB 8MG ODT 35
ONDANSETRON TAB 24MG 35
ONE VITE TAB 1MG PLUS 95
OPCICON TAB 1.5MG 116
OPILL TAB 0.075MG 116
OPIUM TIN 10MG/ML 101
OPIUM TIN 10MG/ML 101
OPTION 2 TAB 1.5MG 116
OPVEE SPR 2.7/0.1 18
ORENITRAM TAB 0.25MG 152
ORENITRAM TAB 0.125MG 152
ORENITRAM TAB 1MG 152
ORENITRAM TAB 2.5MG 152
ORENITRAM TAB 5MG 152
ORENITRAM TAB MONTH 1 152
ORENITRAM TAB MONTH 2 152
ORENITRAM TAB MONTH 3 152
ORILISSA TAB 150MG 124
ORILISSA TAB 200MG 124
ORKAMBI GRA 75-94MG 152
ORKAMBI GRA 100-125 152
ORKAMBI GRA 150-188 152
ORKAMBI TAB 100-125 152
ORKAMBI TAB 200-125 152
ORPHENADRINE TAB 100MG ER 155
ORQUIDEA TAB 0.35MG 116
OSELTAMIVIR CAP 30MG 55
OSELTAMIVIR CAP 45MG 55
OSELTAMIVIR CAP 75MG 55
OSELTAMIVIR SUS 6MG/ ML 55
OSPHENA TAB 60MG 116
OTEZLA TAB 10/20 132
OTEZLA TAB 10/20/30 132
OTEZLA TAB 20MG 91
OTEZLA TAB 30MG 91
OTEZLA/XR TAB 28 DAY 92
OTEZLA XR TAB 75MG 91
OTOVEL DRO 147
OXAPROZIN TAB 600MG 14
OXAZEPAM CAP 10MG 58
OXAZEPAM CAP 15MG 58
OXAZEPAM CAP 30MG 58
OXCARBAZEPIN SUS 300/5ML 27
OXCARBAZEPIN SUS 300/5ML 27
OXCARBAZEPIN TAB 150MG 27
OXCARBAZEPIN TAB 300MG 27
OXCARBAZEPIN TAB 600MG 27
OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML 104
OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML 104
OXYBUTYNIN TAB 5MG 104
OXYBUTYNIN TAB 5MG ER 104
OXYBUTYNIN TAB 10MG ER 104
OXYBUTYNIN TAB 15MG ER 104
OXYCOD/APAP TAB 2.5-325 14
OXYCOD/APAP TAB 5-325MG 14
OXYCOD/APAP TAB 7.5-325 14
OXYCOD/APAP TAB 10-325MG 14
OXYCODONE CAP 5MG 15
OXYCODONE CAP 5MG 15
OXYCODONE CON 100/5ML 15
OXYCODONE SOL 5MG/5ML 15
OXYCODONE TAB 5MG 15
OXYCODONE TAB 10MG 15
OXYCODONE TAB 15MG 15
OXYCODONE TAB 20MG 15
OXYCODONE TAB 30MG 15
OXYMORPHONE TAB 5MG ER 15
OXYMORPHONE TAB 7.5MG ER 15
OXYMORPHONE TAB 10MG ER 15
OXYMORPHONE TAB 15MG ER 15
OXYMORPHONE TAB 20MG ER 15
OXYMORPHONE TAB 30MG ER 15
OXYMORPHONE TAB 40MG ER 15
OXYMORPHONE TAB HCL 5MG 15
OXYMORPHONE TAB HCL 10MG 15
OZEMPIC INJ 2MG/3ML 61
OZEMPIC INJ 4MG/3ML 61
OZEMPIC INJ 8MG/3ML 61
PALIPERIDONE TAB ER 1.5MG 50
PALIPERIDONE TAB ER 3MG 50
PALIPERIDONE TAB ER 6MG 50
PALIPERIDONE TAB ER 9MG 50
PANTOPRAZOLE TAB 20MG 101
PANTOPRAZOLE TAB 20MG 101
PANTOPRAZOLE TAB 40MG 101
PANTOPRAZOLE TAB 40MG 101
PARICALCITOL CAP 1 MCG 136
PARICALCITOL CAP 2 MCG 136
PARICALCITOL CAP 4 MCG 136
PAROXETIN ER TAB 12.5MG 33
PAROXETIN ER TAB 12.5MG 33
PAROXETIN ER TAB 37.5MG 33
PAROXETINE SUS 10MG/5ML 33
PAROXETINE TAB 10MG 33
PAROXETINE TAB 20MG 33
PAROXETINE TAB 25MG ER 33
PAROXETINE TAB 25MG ER 33
PAROXETINE TAB 30MG 33

PAROXETINE TAB 40MG 33
PAXLOVID PAK 55
PAXLOVID TAB 150-100 55
PAXLOVID TAB 300-100 55
PEDIARIX INJ 0.5ML 132
PEDVAX HIB INJ 132
PEG-3350/KCL SOL / SODIUM 101
PEG-3350 SOL ELECTROL 101
PEGASYS INJ 132
PEGASYS INJ 180MCG/M 132
PEG/NASUL/C/ SOL NACL/POT 102
PENBRAYA INJ 132
PENICILLAMIN CAP 250MG 95
PENICILLAMIN TAB 250MG 95
PENICILLN VK SOL 125/5ML 23
PENICILLN VK SOL 250/5ML 23
PENICILLN VK TAB 250MG 23
PENICILLN VK TAB 500MG 23
PENMENVY INJ 132
PEN NEEDLE MIS 29GX1/2" 141
PEN NEEDLE MIS 29GX3/16 141
PEN NEEDLE MIS 29GX5/16 141
PEN NEEDLES MIS 29GX1/2" 141
PEN NEEDLES MIS 31GX1/4" 141
PEN NEEDLES MIS 31GX3/16 141
PEN NEEDLES MIS 31GX5/16 141
PENTACEL INJ 132
PENTAMIDINE INH 300MG 46
PENTAZ/NALOX TAB 50-0.5MG 15
PENTIPS MIS 29GX12MM 141
PENTIPS MIS 31GX5MM 141
PENTIPS MIS 31GX8MM 141
PENTIPS MIS 32GX4MM 141
PENTOXIFYLLI TAB 400MG ER 78
PERAMPANEL SUS 0.5MG/ ML 27
PERINDOPRIL TAB 2MG 78
PERINDOPRIL TAB 4MG 78
PERINDOPRIL TAB 8MG 78
PERIOGARD SOL 0.12% 87
PERMETHRIN CRE 5% 92
PERPHEN/AMIT TAB 2-10MG 33
PERPHEN/AMIT TAB 2-25MG 33
PERPHEN/AMIT TAB 4-10MG 33
PERPHEN/AMIT TAB 4-25MG 33
PERPHEN/AMIT TAB 4-50MG 33
PERPHENAZINE TAB 2MG 50
PERPHENAZINE TAB 4MG 50
PERPHENAZINE TAB 8MG 50
PERPHENAZINE TAB 16MG 50
PHENAZOPYRID TAB 100MG 105
PHENAZOPYRID TAB 200MG 105
PHENAZOPYRID TAB 200MG 105
PHENAZOPYRID TAB 200MG 105
PHENAZO TAB 200MG 104
PHENELZINE TAB 15MG 33
PHENOBARB ELX 20MG/5ML 27
PHENOBARB ELX 20MG/5ML 27
PHENOBARB ELX 30/7.5ML 27
PHENOBARB ELX 60/15ML 27
PHENOBARB SOL 20MG/5ML 27
PHENOBARB TAB 15MG 27
PHENOBARB TAB 16.2MG 27
PHENOBARB TAB 30MG 27
PHENOBARB TAB 32.4MG 27
PHENOBARB TAB 60MG 27
PHENOBARB TAB 64.8MG 27
PHENOBARB TAB 97.2MG 27
PHENOBARB TAB 100MG 27
PHENOXYBENZA CAP 10MG 78
PHENTERMINE CAP 15MG 86
PHENTERMINE CAP 30MG 86
PHENTERMINE CAP 37.5MG 86
PHENTERMINE TAB 37.5MG 86
PHENT/TOPIRA CAP 3.75-23 86
PHENT/TOPIRA CAP 7.5-46MG 86
PHENT/TOPIRA CAP 11.25-69 86
PHENT/TOPIRA CAP 15-92MG 86
PHENYLEPHRIN SOL 2.5% OP 145
PHENYLEPHRIN SOL 10% OP 145
PHENYTEK CAP 200MG 27
PHENYTEK CAP 300MG 27
PHENYTOIN CHW 50MG 27
PHENYTOIN EX CAP 100MG 28
PHENYTOIN EX CAP 200MG 28
PHENYTOIN EX CAP 300MG 28
PHENYTOIN SUS 125/5ML 27
PHENYTOIN SUS 125/5ML 27
PHEXX GEL 105
PHEXXI GEL 105
PHILITH TAB 0.4-35 116
PHOSPHOLINE SOL 0.125%OP 146
PHYTONADIONE TAB 5MG 95
PILOCARPINE SOL 1% OP 146
PILOCARPINE SOL 2% OP 146
PILOCARPINE SOL 4% OP 146
PILOCARPINE TAB 5MG 87
PILOCARPINE TAB 7.5MG 87
PIMECROLIMUS CRE 1% 92
PIMOZIDE TAB 1MG 50
PIMOZIDE TAB 2MG 50
PIMTREA TAB 117
PINDOLOL TAB 5MG 78
PINDOLOL TAB 10MG 78
PIOGLITA/MET TAB 15-500MG 61
PIOGLITA/MET TAB 15-850MG 61
PIOGLITAZONE TAB 15MG 61
PIOGLITAZONE TAB 30MG 62
PIOGLITAZONE TAB 45MG 62
PIQRAY 200MG TAB DOSE 44
PIQRAY 250MG TAB DOSE 44
PIQRAY 300MG TAB DOSE 44
PIRFENIDONE CAP 267MG 152
PIRFENIDONE TAB 267MG 152
PIRFENIDONE TAB 534MG 152
PIRFENIDONE TAB 801MG 152
PIROXICAM CAP 10MG 15
PIROXICAM CAP 20MG 15
PLAN B TAB 1.5MG 117
PLENVU SOL 102
PLERIXAFOR INJ 24/1.2ML 66
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5 132
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5 132
PNV 27-CA/FE TAB /FA 95
PODOFILOX GEL 0.5% 92
PODOFILOX SOL 0.5% 92
POLYETH GLYC POW 3350 NF 102
POLYMYXIN B/ SOL TRIMETHP 146
POLYMYXIN B/ SOL TRIMETHP 146
POMALIDOMIDE CAP 1MG 44
POMALIDOMIDE CAP 2MG 44
POMALIDOMIDE CAP 3MG 44
POMALIDOMIDE CAP 4MG 44
PORTIA-28 TAB 117
POSACONAZOLE TAB 100MG DR 36
POT CHLORIDE CAP 8MEQ ER 95
POT CHLORIDE CAP 10MEQ ER 95
POT CHLORIDE POW 20MEQ 95
POT CHLORIDE SOL 10% 95
POT CHLORIDE SOL 20% 95
POT CHLORIDE TAB 8MEQ ER 95
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER 95
POT CHLORIDE TAB 15MEQ ER 95
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER 95
POT CITRA ER TAB 540MG 96
POT CITRA ER TAB 540MG 96
POT CITRA ER TAB 540MG 96
POT CITRA ER TAB 1080MG 96
POT CITRA ER TAB 1080MG 96
POT CITRA ER TAB 1080MG 96
POT CITRA ER TAB 1620MG 96
POT CITRA ER TAB 1620MG 96
POT CITRA ER TAB 1620MG 96
POT CL MICRO TAB 10MEQ CR 96
POT CL MICRO TAB 10MEQ ER 96
POT CL MICRO TAB 10MEQ ER 96
POT CL MICRO TAB 15MEQ ER 96
POT CL MICRO TAB 15MEQ ER 96
POT CL MICRO TAB 20MEQ ER 96
POT CL MICRO TAB 20MEQ ER 96
PRAMIPEXOLE TAB 0.5MG 48
PRAMIPEXOLE TAB 0.25MG 48
PRAMIPEXOLE TAB 0.75MG 48

PRAMIPEXOLE TAB 0.125MG 47
PRAMIPEXOLE TAB 1.5MG 48
PRAMIPEXOLE TAB 1MG 48
PRASUGREL TAB 5MG 66
PRASUGREL TAB 10MG 66
PRAVASTATIN TAB 10MG 78
PRAVASTATIN TAB 20MG 78
PRAVASTATIN TAB 40MG 78
PRAVASTATIN TAB 80MG 79
PRAZIQUANTEL TAB 600MG 46
PRAZOSIN HCL CAP 1MG 79
PRAZOSIN HCL CAP 2MG 79
PRAZOSIN HCL CAP 5MG 79
PRECISN XTRA TES KETONE 141
PREDNISOLONE SOL 5MG/5ML 106
PREDNISOLONE SOL 10MG/5ML 106
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML 106
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML 106
PREDNISOLONE SOL 20MG/5ML 106
PREDNISOLONE SOL 25MG/5ML 106
PREDNISOLONE SUS 1% OP 146
PREDNISOLONE TAB 5MG 106
PREDNISOLONE TAB 10MG ODT 106
PREDNISOLONE TAB 15MG ODT 106
PREDNISOLONE TAB 30MG ODT 106
PREDNISONE CON 5MG/ ML 106
PREDNISONE PAK 5MG 107
PREDNISONE PAK 5MG 107
PREDNISONE PAK 10MG 107
PREDNISONE PAK 10MG 107
PREDNISONE SOL 5MG/5ML 107
PREDNISONE TAB 1MG 107
PREDNISONE TAB 2.5MG 107
PREDNISONE TAB 5MG 107
PREDNISONE TAB 10MG 107
PREDNISONE TAB 20MG 107
PREDNISONE TAB 50MG 107
PRED SOD PHO SOL 1% OP 146
PREGABALIN CAP 25MG 28
PREGABALIN CAP 50MG 28
PREGABALIN CAP 75MG 28
PREGABALIN CAP 100MG 28
PREGABALIN CAP 150MG 28
PREGABALIN CAP 200MG 28
PREGABALIN CAP 225MG 28
PREGABALIN CAP 300MG 28
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ ML 132
PREMARIN VAG CRE 0.625MG 117
PRENATABS FA TAB 29-1MG 96
PRENATAL 19 TAB 29-1MG 96
PRENATAL PLS MIS MV + DHA 96
PRENATAL TAB PLUS 96
PRENATAL-U CAP 106.5-1 96
PREVALITE POW 4GM 79
PREVALITE POW 4GM PK 79
PREVNAR 13 INJ 132
PREVNAR 20 INJ 132
PREZISTA SUS 100MG/ML 55
PRIFTIN TAB 150MG 39
PRIMAQUINE TAB 26.3MG 46
PRIMIDONE TAB 50MG 28
PRIMIDONE TAB 125MG 28
PRIMIDONE TAB 250MG 28
PRIORIX INJ 132
PROBEN/COLCH TAB 500-0.5 37
PROBENECID TAB 500MG 37
PROCHLORPER TAB 5MG 35
PROCHLORPER TAB 10MG 35
PROCTO-MED CRE HC 2.5% 136
PRODIGY AUTO KIT MONITOR 141
PRODIGY AUTO KIT MONITOR 141
PRODIGY AUTO MIS SYSTEM 141
PRODIGY AUTO MIS SYSTEM 141
PRODIGY KIT NO CODIN 141
PRODIGY NO TES CODING 141
PRODIGY NO TES CODING 141
PRODIGY NO TES CODING 141
PRODIGY NO TES CODING 141
PRODIGY PCKT KIT METER 141
PRODIGY PCKT KIT METER 142
PRODIGY VOIC KIT METER 142
PROGESTERONE CAP 100MG 117
PROGESTERONE CAP 200MG 117
PROGESTERONE INJ 50MG/ML 117
PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML 35
PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML 35
PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML 35
PROMETHAZINE SOL 12.5/10 35
PROMETHAZINE SOL DM 152
PROMETHAZINE SUP 12.5MG 35
PROMETHAZINE SUP 25MG 35
PROMETHAZINE SYP DM 152
PROMETHAZINE TAB 12.5MG 35
PROMETHAZINE TAB 25MG 35
PROMETHAZINE TAB 50MG 35
PROMETH/COD SOL 6.25-10 152
PROMETH/PE SOL 6.25-5/5 152
PROMETH VC SYP 6.25-5/5 152
PROMETH VC/ SYP CODEINE 152
PROPAFENONE CAP 225MG ER 79
PROPAFENONE CAP 325MG ER 79
PROPAFENONE CAP 425MG ER 79
PROPAFENONE TAB 150MG 79
PROPAFENONE TAB 225MG 79
PROPAFENONE TAB 300MG 79
PROPARACAINE SOL 0.5% OP 146
PROPRANOLOL CAP 60MG ER 79
PROPRANOLOL CAP 80MG ER 79
PROPRANOLOL CAP 120MG ER 79
PROPRANOLOL CAP 160MG ER 79
PROPRANOLOL SOL 20MG/5ML 79
PROPRANOLOL SOL 40MG/5ML 79
PROPRANOLOL TAB 10MG 79
PROPRANOLOL TAB 20MG 79
PROPRANOLOL TAB 40MG 79
PROPRANOLOL TAB 60MG 79
PROPRANOLOL TAB 80MG 79
PROPYLTHIOUR TAB 50MG 125
PROQUAD INJ 133
PROTRIPTYLIN TAB 5MG 33
PROTRIPTYLIN TAB 10MG 33
PROVIDA OB CAP 96
PRURADIK LOT 10% 92
PULMOSAL NEB 7% 153
PULMOZYME SOL 1MG/ ML 153
PYRAZINAMIDE TAB 500MG 39
PYRIDOSTIGMI SOL 60MG/5ML 39
PYRIDOSTIGMI TAB ER 180MG 39
PYRIDOSTIGM TAB 60MG 39
PYRIMETHAMIN TAB 25MG 47
QNAPRIL/HCTZ TAB 10-12.5 79
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-12.5 79
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-25MG 80
QUADRACEL INJ 0.5ML 133
QUADRACEL INJ 0.5ML 133
QUAZEPAM TAB 15MG 156
QUETIAPINE TAB 25MG 50
QUETIAPINE TAB 50MG 50
QUETIAPINE TAB 50MG ER 51
QUETIAPINE TAB 100MG 50
QUETIAPINE TAB 150MG 33
QUETIAPINE TAB 150MG ER 50
QUETIAPINE TAB 200MG 50
QUETIAPINE TAB 200MG ER 50
QUETIAPINE TAB 300MG 50
QUETIAPINE TAB 300MG ER 50
QUETIAPINE TAB 400MG 50
QUETIAPINE TAB 400MG ER 50
QUICK TOUCH MIS 32GX5MM 142
QUICK TOUCH MIS 33GX8MM 142
QUINAPRIL TAB 5MG 80
QUINAPRIL TAB 10MG 80
QUINAPRIL TAB 20MG 80
QUINAPRIL TAB 40MG 80
QUINIDINE GL TAB 324MG CR 80
QUINIDINE GL TAB 324MG ER 80
QUINIDINE SU TAB 200MG 80
QUINIDINE SU TAB 300MG 80
QUININE SULF CAP 324MG 47
QULIPTA TAB 10MG 38
QULIPTA TAB 30MG 38
QULIPTA TAB 60MG 38

QVAR REDIHA AER 80MCG 153
QVAR REDIHAL AER 40MCG 153
RABEPRAZOLE TAB 20MG 102
RADIOGARDASE CAP 0.5GM 142
RALOXIFENE TAB 60MG 117
RAMELTEON TAB 8MG 156
RAMIPRIL CAP 1.25MG 80
RAMIPRIL CAP 2.5MG 80
RAMIPRIL CAP 5MG 80
RAMIPRIL CAP 10MG 80
RANOLAZINE TAB 500MG ER 80
RANOLAZINE TAB 1000MG 80
RASAGILINE TAB 0.5MG 48
RASAGILINE TAB 1MG 48
RA URINARY TES TRACT IN 142
REACT TAB 1.5MG 117
RECLIPSEN TAB 117
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5 133
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5 133
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML 133
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML 133
RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML 133
RECOTHROM SOL 5000UNIT 66
RECOTHROM SOL 20000UNT 66
RECOTHROM SOL 20000UNT 66
REGRANEX GEL 0.01% 92
RELENZA MIS DISKHALE 55
RELISTOR INJ 8/0.4ML 102
RELISTOR INJ 12/0.6ML 102
RELISTOR INJ 12/0.6ML 102
REPAGLINIDE TAB 0.5MG 62
REPAGLINIDE TAB 1MG 62
REPAGLINIDE TAB 2MG 62
REPATHA INJ 140MG/ML 80
REPATHA PUSH INJ 420/3.5 80
REPATHA SURE INJ 140MG/ML 80
RETACRIT INJ 2000UNIT 66
RETACRIT INJ 3000UNIT 66
RETACRIT INJ 4000UNIT 66
RETACRIT INJ 10000UNT 66
RETACRIT INJ 20000UNI 66
RETACRIT INJ 40000UNT 66
REXTOVY SPR 4/0.25ML 18
REYATAZ POW 50MG 55
REZVOGLAR KP INJ 100UT/ML 62
RIBAVIRIN CAP 200MG 55
RIBAVIRIN TAB 200MG 55
RIFABUTIN CAP 150MG 39
RIFAMPIN CAP 150MG 39
RIFAMPIN CAP 300MG 40
RILPIVIRINE TAB 25MG 55
RILUZOLE TAB 50MG 86
RIMANTADINE TAB 100MG 55
RINVOQ LQ SOL 1MG/ML 133
RINVOQ TAB 15MG ER 133
RINVOQ TAB 30MG ER 133
RINVOQ TAB 45MG ER 133
RISEDRONATE TAB 5MG 137
RISEDRONATE TAB 30MG 136
RISEDRONATE TAB 35MG 136
RISEDRONATE TAB 35MG 136
RISEDRONATE TAB 35MG 137
RISEDRONATE TAB 150MG 136
RISPERIDONE SOL 1MG/ ML 51
RISPERIDONE TAB 0.5MG 51
RISPERIDONE TAB 0.5MG OD 51
RISPERIDONE TAB 0.25MG 51
RISPERIDONE TAB 0.25 ODT 51
RISPERIDONE TAB 1MG 51
RISPERIDONE TAB 1MG ODT 51
RISPERIDONE TAB 2MG 51
RISPERIDONE TAB 2MG ODT 51
RISPERIDONE TAB 3MG 51
RISPERIDONE TAB 3MG ODT 51
RISPERIDONE TAB 4MG 51
RISPERIDONE TAB 4MG ODT 51
RITONAVIR TAB 100MG 55
RIVAROXABAN SUS 1MG/ ML 66
RIVAROXABAN TAB 2.5MG 66
RIVASTIGMINE CAP 1.5MG 29
RIVASTIGMINE CAP 3MG 30
RIVASTIGMINE CAP 4.5MG 30
RIVASTIGMINE CAP 6MG 30
RIVASTIGMINE DIS 4.6MG/24 30
RIVASTIGMINE DIS 9.5MG/24 30
RIVASTIGMINE DIS 13.3/24 30
RIVELSA TAB 117
RIZATRIPTAN TAB 5MG 38
RIZATRIPTAN TAB 5MG ODT 38
RIZATRIPTAN TAB 10MG 38
RIZATRIPTAN TAB 10MG ODT 38
ROFLUMILAST TAB 250MCG 153
ROFLUMILAST TAB 500MCG 153
ROPINIROLE TAB 0.5MG 48
ROPINIROLE TAB 0.25MG 48
ROPINIROLE TAB 1MG 48
ROPINIROLE TAB 2MG 48
ROPINIROLE TAB 3MG 48
ROPINIROLE TAB 4MG 48
ROPINIROLE TAB 5MG 48
ROSUVASTATIN TAB 5MG 80
ROSUVASTATIN TAB 10MG 80
ROSUVASTATIN TAB 20MG 80
ROSUVASTATIN TAB 40MG 80
ROSYRAH TAB 117
ROTARIX SUS 133
ROTATEQ SOL 133
ROWEEPRA TAB 500MG 28
ROZLYTREK CAP 100MG 44
ROZLYTREK CAP 200MG 44
ROZLYTREK PAK 50MG 44
RUFINAMIDE SUS 40MG/ ML 28
RUFINAMIDE TAB 200MG 28
RUFINAMIDE TAB 400MG 28
RYBELSUS TAB 3MG 62
RYBELSUS TAB 7MG 62
RYBELSUS TAB 14MG 62
SACUB/VALSAR TAB 24-26MG 80
SACUB/VALSAR TAB 49-51MG 80
SACUB/VALSAR TAB 97-103MG 80
SALSALATE TAB 500MG 15
SALSALATE TAB 750MG 15
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML 133
SANTYL OIN 250/GM 92
SAPROPTERIN POW 100MG 103
SAPROPTERIN POW 500MG 103
SAPROPTERIN TAB 100MG 103
SAXAGLIPTIN TAB 2.5MG 62
SAXAGLIPTIN TAB 5MG 62
SCOPOLAMINE DIS 1MG/3DAY 35
SELECT-LITE KIT DEV/ LANC 142
SELEGILINE CAP 5MG 48
SELEGILINE TAB 5MG 48
SELENIUM SUL LOT 2.5% 92
SELZENTRY SOL 20MG/ ML 55
SE-NATAL 19 CHW 96
SE-NATAL 19 TAB 96
SERTRALINE CON 20MG/ ML 33
SERTRALINE TAB 25MG 34
SERTRALINE TAB 50MG 34
SERTRALINE TAB 100MG 33
SETLAKIN TAB 117
SEVELAM CARB POW 0.8GM 97
SEVELAM CARB POW 2.4GM 97
SEVELAM CARB TAB 800MG 97
SHAROBEL TAB 0.35MG 117
SHEWISE TAB 1.5MG 117
SHINGRIX INJ 50/0.5ML 133
SHINGRIX INJ 50/0.5ML 133
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML 124
SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML 125
SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML 125
SILDENAFIL SUS 10MG/ ML 153
SILDENAFIL TAB 20MG 153
SILODOSIN CAP 4MG 105
SILODOSIN CAP 8MG 105
SILVER SULFA CRE 1% 92
SIMLIYA TAB 28 DAY 117
SIMPESSE TAB 117
SIMVASTATIN TAB 5MG 81
SIMVASTATIN TAB 10MG 80
SIMVASTATIN TAB 20MG 80

SIMVASTATIN TAB 40MG 80
SIMVASTATIN TAB 80MG 81
SIROLIMUS TAB 0.5MG 133
SIROLIMUS TAB 1MG 133
SIROLIMUS TAB 2MG 133
SKYRIZI INJ 150MG/ML 134
SKYRIZI INJ 180/1.2 134
SKYRIZI INJ 360/2.4 134
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ ML 134
SLYND TAB 4MG 117
SMZ/TMP DS TAB 800-160 23
SMZ/TMP DS TAB 800-160 23
SMZ-TMP SUS 200-40/5 23
SMZ-TMP TAB 400-80MG 23
SOD CHLORIDE NEB 0.9% 153
SOD CHLORIDE NEB 3% 153
SOD CHLORIDE NEB 7% 153
SOD CHLORIDE NEB 10% 153
SOD FLUORIDE DRO 0.5MG/ML 97
SODIUM FLUOR CHW 0.5MG 97
SODIUM FLUOR CHW 0.25MG 97
SODIUM FLUOR CHW 1MG 97
SODIUM FLUOR TAB 0.5MG 97
SODIUM FLUOR TAB 1MG 97
SODIUM/POTAS SOL MAGNESIU ... 102
SOD POLY SUL POW 97
SOFOS/VELPAT TAB 400-100 55
SOLIFENACIN TAB 5MG 105
SOLIFENACIN TAB 10MG 105
SOLIQUA INJ 100/33 62
SOMAVERT INJ 10MG 125
SOMAVERT INJ 15MG 125
SOMAVERT INJ 20MG 125
SOMAVERT INJ 25MG 125
SOMAVERT INJ 30MG 125
SORAFENIB TAB 200MG 44
SORAFENIB TAB 200MG 44
SOTALOL AF TAB 80MG 81
SOTALOL AF TAB 120MG 81
SOTALOL AF TAB 160MG 81
SOTALOL HCL TAB 80MG 81
SOTALOL HCL TAB 120MG 81
SOTALOL HCL TAB 160MG 81
SOTALOL HCL TAB 240MG 81
SOTYLIZE SOL 5MG/ML 81
SPIKEVAX INJ 2025-26 134
SPIKEVAX INJ 2025-26 134
SPINOSAD SUS 0.9% 92
SPIRIVA RESP AER 1.25MCG 153
SPIRIVA RESP AER 2.5MCG 153
SPIRIVA RESP AER 2.5MCG 153
SPIRONO/HCTZ TAB 25/25 81
SPIRONOLACT TAB 25MG 81
SPIRONOLACT TAB 50MG 81
SPIRONOLACT TAB 100MG 81
SPRINTEC 28 TAB 28 DAY 117
SRONYX TAB 117
SSD CRE 1% 92
STEQEYMA INJ 45/0.5ML 134
STEQEYMA INJ 45/0.5ML 134
STEQEYMA INJ 90MG/ML 134
STIOLTO AER 2.5-2.5 153
STIOLTO AER 2.5-2.5 153
STIVARGA TAB 40MG 44
ST JOSEPH CHW LOW 81MG 15
STRIVERDI AER 2.5MCG 153
SUBVENITE TAB 25MG 28
SUBVENITE TAB 100MG 28
SUBVENITE TAB 150MG 28
SUBVENITE TAB 200MG 28
SUCRALFATE SUS 1GM/10ML 102
SUCRALFATE TAB 1GM 102
SULCONAZOLE CRE 1% 37
SULCONAZOLE SOL 1% 37
SULFACETAMID LOT 10% 23
SULFACET SOD OIN 10% OP 146
SULFACET SOD SOL 10% OP 146
SULFADIAZINE TAB 500MG 23
SULFAMYLON CRE 85MG/ GM 92
SULFASALAZIN TAB 500MG 136
SULFASALAZIN TAB 500MG DR 136
SULFATRIM PD SUS 200-40/5 23
SULF/PRED NA SOL OP 146
SULINDAC TAB 150MG 15
SULINDAC TAB 200MG 15
SUMAT-NAPROX TAB 85-500MG 38
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5 38
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5 38
SUMATRIPTAN INJ 6/0.5ML 38
SUMATRIPTAN INJ 6/0.5ML 38
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5 38
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5 38
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5 38
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5 39
SUMATRIPTAN INJ 6MG/.5ML 38
SUMATRIPTAN INJ 6MG/.5ML 38
SUMATRIPTAN SPR 5MG/ ACT 39
SUMATRIPTAN SPR 20MG/ ACT 39
SUMATRIPTAN TAB 25MG 39
SUMATRIPTAN TAB 50MG 39
SUMATRIPTAN TAB 100MG 39
SUNITINIB CAP 12.5MG 44
SUNITINIB CAP 25MG 44
SUNITINIB CAP 37.5MG 44
SUNITINIB CAP 50MG 44
SUNOSI TAB 75MG 156
SUNOSI TAB 150MG 156
SYEDA TAB 3-0.03MG 118
SYMPROIC TAB 0.2MG 102
SYNAREL SOL 2MG/ML 125
SYNJARDY TAB 62
SYNJARDY TAB 5-500MG 62
SYNJARDY TAB 5-1000MG 62
SYNJARDY TAB 12.5-500 62
SYNJARDY XR TAB 62
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG 62
SYNJARDY XR TAB 10-1000 62
SYNJARDY XR TAB 25-1000 62
SYNTHROID TAB 25MCG 122
SYNTHROID TAB 50MCG 122
SYNTHROID TAB 75MCG 122
SYNTHROID TAB 88MCG 122
SYNTHROID TAB 100MCG 122
SYNTHROID TAB 112MCG 122
SYNTHROID TAB 125MCG 122
SYNTHROID TAB 137MCG 122
SYNTHROID TAB 150MCG 122
SYNTHROID TAB 175MCG 122
SYNTHROID TAB 200MCG 122
SYNTHROID TAB 300MCG 122
TABLOID TAB 40MG 44
TACROLIMUS CAP 0.5MG 134
TACROLIMUS CAP 1MG 134
TACROLIMUS CAP 5MG 134
TACROLIMUS OIN 0.1% 92
TACROLIMUS OIN 0.03% 92
TADALAFIL TAB 2.5MG 105
TADALAFIL TAB 5MG 105
TADALAFIL TAB 20MG 153
TAFLUPROST SOL 0.0015% 146
TAFLUPROST SOL 0.0015% 146
TAGRISSO TAB 40MG 44
TAGRISSO TAB 80MG 44
TAKE ACTION TAB 1.5MG 118
TALTZ INJ 20/0.25 134
TALTZ INJ 40/0.5ML 134
TALTZ INJ 80MG/ML 134
TALTZ INJ 80MG/ML 134
TALZENNA CAP 0.1MG 44
TALZENNA CAP 0.5MG 44
TALZENNA CAP 0.25MG 44
TALZENNA CAP 0.35MG 44
TALZENNA CAP 0.75MG 44
TALZENNA CAP 1MG 44
TAMOXIFEN TAB 10MG 45
TAMOXIFEN TAB 20MG 45
TAMSULOSIN CAP 0.4MG 105
TARINA 24 FE TAB 118
TARINA FE TAB 1/20 EQ 118
TARON-C DHA CAP 97
TASIMELTEON CAP 20MG 156
TAZAROTENE CRE 0.1% 92

TAZAROTENE GEL 0.1% 92
TAZAROTENE GEL 0.05% 92
TAZTIA XT CAP 120MG/24 81
TAZTIA XT CAP 180MG/24 81
TAZTIA XT CAP 240MG/24 81
TAZTIA XT CAP 300MG ER 81
TAZTIA XT CAP 360MG/24 81
TDVAX INJ 2-2 LF 134
TELMISA/HCTZ TAB 40-12.5 81
TELMISA/HCTZ TAB 80-12.5 81
TELMISA/HCTZ TAB 80-25MG 81
TELMISARTAN TAB 20MG 81
TELMISARTAN TAB 40MG 81
TELMISARTAN TAB 80MG 81
TEMAZEPAM CAP 7.5MG 156
TEMAZEPAM CAP 15MG 156
TEMAZEPAM CAP 22.5MG 156
TEMAZEPAM CAP 30MG 156
TEMOZOLOMIDE CAP 5MG 45
TEMOZOLOMIDE CAP 20MG 45
TEMOZOLOMIDE CAP 100MG 45
TEMOZOLOMIDE CAP 140MG 45
TEMOZOLOMIDE CAP 180MG 45
TEMOZOLOMIDE CAP 250MG 45
TENCON TAB 50-325MG 86
TENIVAC INJ 5-2LF 134
TENOFOVIR TAB 300MG 56
TERAZOSIN CAP 1MG 105
TERAZOSIN CAP 2MG 105
TERAZOSIN CAP 5MG 105
TERAZOSIN CAP 10MG 105
TERBINAFINE TAB 250MG 37
TERBUTALINE TAB 2.5MG 153
TERBUTALINE TAB 5MG 153
TERCONAZOLE CRE 0.4% 37
TERCONAZOLE CRE 0.8% 37
TERCONAZOLE SUP 80MG 37
TERIFLUNOMID TAB 7MG 86
TERIFLUNOMID TAB 14MG 86
TESTOST CYP INJ 100MG/ ML 118
TESTOST CYP INJ 200MG/ML 118
TESTOST CYP INJ 200MG/ML 118
TESTOST ENAN INJ 200MG/ML 118
TESTOSTERONE GEL 1%(50MG) 118
TESTOSTERONE GEL 1.62% 118
TESTOSTERONE GEL 1.62% 118
TETRABENAZIN TAB 12.5MG 86
TETRABENAZIN TAB 25MG 86
TETRACAINE SOL 0.5% OP 146
TETRACYCLINE CAP 250MG 23
TETRACYCLINE CAP 500MG 23
THALOMID CAP 50MG 45
THALOMID CAP 100MG 45
THEO-24 CAP 100MG CR 153
THEO-24 CAP 200MG CR 153
THEO-24 CAP 300MG CR 153
THEO-24 CAP 400MG ER 153
THEOPHYLLINE ELX 80/15ML 153
THEOPHYLLINE SOL 80/15ML 153
THEOPHYLLINE TAB 100MG ER 153
THEOPHYLLINE TAB 200MG ER 153
THEOPHYLLINE TAB 300MG ER 153
THEOPHYLLINE TAB 400MG ER 153
THEOPHYLLINE TAB 450MG ER 154
THEOPHYLLINE TAB 600MG ER 154
THIORIDAZINE TAB 10MG 51
THIORIDAZINE TAB 25MG 51
THIORIDAZINE TAB 50MG 51
THIORIDAZINE TAB 100MG 51
THIOTHIXENE CAP 1MG 51
THIOTHIXENE CAP 2MG 51
THIOTHIXENE CAP 5MG 51
THIOTHIXENE CAP 10MG 51
THRIVE GUM 2MG MINT 18
THRIVITE RX TAB 29-1MG 97
THYQUIDITY SOL 100/5ML 123
THYQUIDITY SOL 100MCG 123
THYROID TAB 15MG 123
THYROID TAB 30MG 123
THYROID TAB 60MG 123
THYROID TAB 90MG 123
THYROID TAB 120MG 123
TIADYLT CAP 120MG/24 81
TIADYLT CAP 180MG/24 81
TIADYLT CAP 240MG/24 81
TIADYLT CAP 300MG/24 81
TIADYLT CAP 360MG/24 81
TIADYLT CAP 420MG/24 81
TIAGABINE TAB 2MG 28
TIAGABINE TAB 4MG 28
TIAGABINE TAB 12MG 28
TIAGABINE TAB 16MG 28
TICAGRELOR TAB 60MG 66
TICAGRELOR TAB 90MG 66
TILIA FE TAB 118
TIMOLOL HEMI SOL 0.5% OP 146
TIMOLOL MALE SOL 0.5% 146
TIMOLOL MALE SOL 0.5% OP 146
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP 146
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP 146
TIMOLOL MAL TAB 5MG 39
TIMOLOL MAL TAB 10MG 39
TIMOLOL MAL TAB 20MG 39
TINIDAZOLE TAB 250MG 23
TINIDAZOLE TAB 500MG 23
TIOTROP BROM CAP 18MCG 154
TIROSINT-SOL SOL 13MCG/ML 123
TIROSINT-SOL SOL 25MCG/ML 123
TIROSINT-SOL SOL 37.5/ ML 123
TIROSINT-SOL SOL 44MCG/ML 123
TIROSINT-SOL SOL 50MCG/ML 123
TIROSINT-SOL SOL 62.5/ ML 123
TIROSINT-SOL SOL 75MCG/ML 123
TIROSINT-SOL SOL 88MCG/ML 123
TIROSINT-SOL SOL 100MCG 123
TIROSINT-SOL SOL 112MCG 123
TIROSINT-SOL SOL 125MCG 123
TIROSINT-SOL SOL 137MCG 123
TIROSINT-SOL SOL 150MCG 123
TIROSINT-SOL SOL 175MCG 123
TIROSINT-SOL SOL 200MCG 123
TIVICAY TAB 50MG 56
TIZANIDINE CAP 2MG 52
TIZANIDINE CAP 4MG 52
TIZANIDINE CAP 6MG 52
TIZANIDINE TAB 2MG 52
TIZANIDINE TAB 4MG 52
TOBRA/DEXAME SUS 0.3-0.1% 146
TOBRAMYCIN NEB 300/5ML 154
TOBRAMYCIN NEB 300/5ML 154
TOBRAMYCIN SOL 0.3% OP 146
TODAY SPONGE MIS 105
TOLCAPONE TAB 100MG 48
TOLTERODINE CAP 2MG ER 105
TOLTERODINE CAP 4MG ER 105
TOLTERODINE TAB 1MG 105
TOLTERODINE TAB 2MG 105
TOLVAPTAN TAB 15MG 97
TOLVAPTAN TAB 30MG 97
TOPIRAMATE CAP 15MG 28
TOPIRAMATE CAP 25MG 28
TOPIRAMATE CAP 50MG 28
TOPIRAMATE TAB 25MG 28
TOPIRAMATE TAB 50MG 28
TOPIRAMATE TAB 100MG 28
TOPIRAMATE TAB 200MG 28
TOREMIFENE TAB 60MG 45
TORSEMIDE TAB 5MG 82
TORSEMIDE TAB 10MG 82
TORSEMIDE TAB 20MG 82
TORSEMIDE TAB 100MG 82
TRAMADL/APAP TAB 37.5-325 15
TRAMADOL HCL TAB 50MG 16
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER 15
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER 15
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER 15
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER 15
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER 16
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER 16
TRANDOLAPRIL TAB 1MG 82
TRANDOLAPRIL TAB 2MG 82
TRANDOLAPRIL TAB 4MG 82

TRANEX ACID TAB 650MG 66
TRANYLCYPROM TAB 10MG 34
TRAVOPROST DRO 0.004% 146
TRAZODONE TAB 50MG 34
TRAZODONE TAB 100MG 34
TRAZODONE TAB 150MG 34
TRAZODONE TAB 300MG 34
TRECATOR TAB 250MG 40
TRELEGY AER 100MCG 154
TRELEGY AER 100MCG 154
TRELEGY AER 200MCG 154
TRELEGY AER 200MCG 154
TRESIBA FLEX INJ 100UNIT 62
TRESIBA FLEX INJ 200UNIT 62
TRESIBA INJ 100UNIT 62
TRETINOIN CAP 10MG 45
TRETINOIN CRE 0.1% 92
TRETINOIN CRE 0.05% 92
TRETINOIN CRE 0.025% 92
TRIAMCINOLON CRE 0.1% 92
TRIAMCINOLON CRE 0.5% 92
TRIAMCINOLON CRE 0.025% 92
TRIAMCINOLON LOT 0.1% 92
TRIAMCINOLON LOT 0.025% 92
TRIAMCINOLON OIN 0.1% 92
TRIAMCINOLON OIN 0.5% 92
TRIAMCINOLON OIN 0.025% 92
TRIAMCINOLON PST 0.1% 87
TRIAMCINOLON PST DEN 0.1% 87
TRIAMT/HCTZ CAP 37.5-25 82
TRIAMT/HCTZ TAB 37.5-25 82
TRIAMT/HCTZ TAB 75-50MG 82
TRIAZOLAM TAB 0.25MG 156
TRIAZOLAM TAB 0.125MG 156
TRICARE TAB PRENATAL 97
TRIDERM CRE 0.5% 92
TRIENTINE CAP 250MG 97
TRI-ESTARYLL TAB 118
TRIFLUOPERAZ TAB 1MG 51
TRIFLUOPERAZ TAB 2MG 51
TRIFLUOPERAZ TAB 5MG 51
TRIFLUOPERAZ TAB 10MG 51
TRIFLURIDINE SOL 1% OP 146
TRIHEXYPHEN SOL 0.4MG/ML 48
TRIHEXYPHEN TAB 2MG 48
TRIHEXYPHEN TAB 5MG 48
TRIKAFTA PAK 59.5MG 154
TRIKAFTA PAK 75MG 154
TRIKAFTA TAB 154
TRIKAFTA TAB 154
TRI-LEGEST TAB FE 118
TRI-LINYAH TAB 118
TRI-LO-MILI TAB 118
TRI-LO TAB ESTARYLL 118
TRI-LOTAB MARZIA 118
TRI-LOTAB SPRINTEC 118
TRIMETHOBENZ CAP 300MG 35
TRIMETHOPRIM TAB 100MG 23
TRI-MILI TAB 118
TRIMIPRAMINE CAP 25MG 34
TRIMIPRAMINE CAP 50MG 34
TRIMIPRAMINE CAP 100MG 34
TRINATAL RX TAB 1 97
TRINATE TAB 97
TRI-SPRINTEC TAB 118
TRIUMEQ TAB 56
TRIVORA-28 TAB 118
TRI-VYLIBRA TAB 118
TRI-VYLIBRA TAB LO 118
TROSPIUM CHL CAP 60MG ER 105
TROSPIUM CL TAB 20MG 105
TRUE METRIX SOL LEVEL 1 142
TRUE METRIX SOL LEVEL 2 142
TRUE METRIX SOL LEVEL 3 142
TRUEPLS GLUC GEL 15/32ML 62
TRUEPLUS CHW GLUCOSE 62
TRULICITY INJ 0.75/0.5 62
TRULICITY INJ 1.5/0.5 62
TRULICITY INJ 3/0.5 63
TRULICITY INJ 4.5/0.5 63
TRUMENBA INJ 134
TRUQAP PAK 160MG 45
TRUQAP PAK 200MG 45
TRUQAP TAB 160MG 45
TRUQAP TAB 200MG 45
TURALIO CAP 125MG 45
TURQOZ TAB 118
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG 154
TWINRIX INJ 134
TYBLUME CHW 0.1-0.02 119
TYDEMY TAB 119
TYMLOS INJ 137
TYVASO DPI POW 16-32-48 154
TYVASO DPI POW 16MCG 154
TYVASO DPI POW 32MCG 154
TYVASO DPI POW 48MCG 154
TYVASO DPI POW 64MCG 154
TYVASO DPI POW 80MCG 154
TYVASO DPI POW MAIN KIT 154
TYVASO DPI POW MAIN KIT 154
UBRELVY TAB 50MG 39
UBRELVY TAB 100MG 39
ULTICARE MIS 30GX3/16 142
UNITHROID TAB 25MCG 124
UNITHROID TAB 50MCG 124
UNITHROID TAB 75MCG 124
UNITHROID TAB 88MCG 124
UNITHROID TAB 100MCG 123
UNITHROID TAB 112MCG 123
UNITHROID TAB 125MCG 123
UNITHROID TAB 137MCG 123
UNITHROID TAB 150MCG 123
UNITHROID TAB 175MCG 124
UNITHROID TAB 200MCG 124
UNITHROID TAB 300MCG 124
URSODIOL CAP 300MG 102
URSODIOL TAB 250MG 102
URSODIOL TAB 500MG 102
UTI HOME TES TEST 142
VALACYCLOVIR TAB 1GM 56
VALACYCLOVIR TAB 500MG 56
VALGANCICLOV SOL 50MG/ML 56
VALGANCICLOV TAB 450MG 56
VALPROIC ACD CAP 250MG 28
VALPROIC ACD SOL 250/5ML 28
VALPROIC ACD SOL 500/10ML 28
VALSARTAN TAB 40MG 82
VALSARTAN TAB 80MG 82
VALSARTAN TAB 160MG 82
VALSARTAN TAB 320MG 82
VALSART/HCTZ TAB 80-12.5 82
VALSART/HCTZ TAB 160-12.5 82
VALSART/HCTZ TAB 160-25MG 82
VALSART/HCTZ TAB 320-12.5 82
VALSART/HCTZ TAB 320-25MG 82
VALTYA 1/35 TAB 119
VALTYA 1/50 TAB 119
VANCOMYCIN CAP 125MG 24
VANCOMYCIN CAP 250MG 24
VANCOMYCIN SOL 25MG/ ML 24
VANCOMYCIN SOL 25MG/ ML 24
VANCOMYCIN SOL 50MG/ ML 24
VANCOMYCIN SOL 50MG/ ML 24
VANCOMYCIN SOL 250/5ML 24
VANDAZOLE GEL 0.75% 24
VAQTA INJ 25/0.5ML 135
VAQTA INJ 25/0.5ML 135
VAQTA INJ 50UNT/ML 135
VAQTA INJ 50UNT/ML 135
VARENICLINE TAB 0.5& 1MG 18
VARENICLINE TAB 0.5MG 18
VARENICLINE TAB 1MG 18
VARIVAX INJ 135
VARUBI TAB 90MG 35
VAXELIS INJ 135
VAXELIS INJ 135
VAXNEUVANCE INJ 135
VCF VAGINAL GEL CONTRACE 105
VCF VAGINAL MIS CONTRACP 105
VELIVET PAK 119
VELPHORO CHW 500MG 97
VENCLEXTA TAB 10MG 45

VENCLEXTA TAB 50MG 45
VENCLEXTA TAB 100MG 45
VENCLEXTA TAB START PK 45
VENLAFAXINE CAP 37.5 ER 34
VENLAFAXINE CAP 75MG ER 34
VENLAFAXINE CAP 150MG ER 34
VENLAFAXINE TAB 25MG 34
VENLAFAXINE TAB 37.5MG 34
VENLAFAXINE TAB 50MG 34
VENLAFAXINE TAB 75MG 34
VENLAFAXINE TAB 100MG 34
VENTAVIS SOL 10MCG/ML 154
VENTAVIS SOL 20MCG/ ML 155
VENTOLIN HFA AER 155
VENTOLIN HFA AER 155
VERAPAMIL CAP 100MG ER 82
VERAPAMIL CAP 120MG ER 82
VERAPAMIL CAP 120MG SR 82
VERAPAMIL CAP 180MG ER 82
VERAPAMIL CAP 180MG SR 82
VERAPAMIL CAP 200MG ER 82
VERAPAMIL CAP 240MG ER 82
VERAPAMIL CAP 240MG SR 82
VERAPAMIL CAP 300MG ER 82
VERAPAMIL CAP 360MG SR 82
VERAPAMIL TAB 40MG 83
VERAPAMIL TAB 80MG 83
VERAPAMIL TAB 120MG 82
VERAPAMIL TAB 120MG ER 83
VERAPAMIL TAB 180MG ER 83
VERAPAMIL TAB 240MG ER 83
VEREGEN OIN 15% 92
VERZENIO TAB 50MG 46
VERZENIO TAB 100MG 45
VERZENIO TAB 150MG 45
VERZENIO TAB 200MG 45
VESTURA TAB 3-0.02MG 119
VIENVA TAB 0.1-20 119
VIGABATRIN PAK 500MG 28
VIGABATRIN TAB 500MG 28
VIGPODER POW 500MG 28
VILAZODONE TAB 10MG 34
VILAZODONE TAB 20MG 34
VILAZODONE TAB 40MG 34
VIORELE TAB 119
VIRACEPT TAB 250MG 56
VIRACEPT TAB 625MG 56
VITAMIN D CAP 1.25MG 98
VITAMIN D CAP 50000 98
VITAMIN D CAP 50000UNT 98
VITRAKVI CAP 25MG 46
VITRAKVI CAP 100MG 46
VITRAKVI SOL 20MG/ML 46
VOLNEA TAB 119
VORICONAZOLE SUS 40MG/ML 37
VORICONAZOLE TAB 50MG 37
VORICONAZOLE TAB 200MG 37
VRAYLAR CAP 0.5MG 51
VRAYLAR CAP 0.75MG 51
VRAYLAR CAP 1.5MG 51
VRAYLAR CAP 3MG 51
VRAYLAR CAP 4.5MG 52
VRAYLAR CAP 6MG 52
VYFEMLA TAB 0.4-35 119
VYLIBRA TAB 0.25-35 119
WARFARIN TAB 1MG 66
WARFARIN TAB 2.5MG 66
WARFARIN TAB 2MG 66
WARFARIN TAB 3MG 66
WARFARIN TAB 4MG 66
WARFARIN TAB 5MG 66
WARFARIN TAB 6MG 66
WARFARIN TAB 7.5MG 66
WARFARIN TAB 10MG 66
WERA TAB 0.5/35 119
WESNATAL DHA PAK COMPLETE 98
WESTAB PLUS TAB 27-1MG 98
WEZLANA INJ 45/0.5ML 135
WEZLANA INJ 45/0.5ML 135
WEZLANA INJ 90MG/ML 135
WIDE-SEAL DPR KIT 60 142
WIDE-SEAL DPR KIT 65 142
WIDE-SEAL DPR KIT 70 142
WIDE-SEAL DPR KIT 75 142
WIDE-SEAL DPR KIT 80 142
WIDE-SEAL DPR KIT 85 142
WIDE-SEAL DPR KIT 90 142
WIDE-SEAL DPR KIT 95 142
WIXELA INHUB AER 100/50 155
WIXELA INHUB AER 250/50 155
WIXELA INHUB AER 500/50 155
WYMZYA FE CHW 0.4MG-35 119
XARAH FE TAB 119
XARELTO STAR TAB 15/20MG 67
XARELTO SUS 1MG/ML 66
XARELTO TAB 2.5MG 66
XARELTO TAB 10MG 66
XARELTO TAB 15MG 66
XARELTO TAB 20MG 67
XELRIA FE CHW 0.4MG-35 119
XEPI CRE 1% 92
XERMELO TAB 250MG 103
XIFAXAN TAB 200MG 103
XIFAXAN TAB 550MG 103
XOSPATA TAB 40MG 46
XTAMPZA ER CAP 9MG 16
XTAMPZA ER CAP 13.5MG 16
XTAMPZA ER CAP 18MG 16
XTAMPZA ER CAP 27MG 16
XTAMPZA ER CAP 36MG 16
XTANDI CAP 40MG 46
XTANDI TAB 40MG 46
XTANDI TAB 80MG 46
XULANE DIS 150-35 119
XYVONA TAB 2MG 16
XYVONA TAB 3MG 16
YESINTEK INJ 45/0.5ML 135
YESINTEK INJ 45/0.5ML 135
YESINTEK INJ 90MG/ML 135
YEZTUGO TAB 300MG 56
YOSPRALA TAB 81-40MG 67
YOSPRALA TAB 325-40MG 67
YUVAFEM TAB 10MCG 119
ZAFEMY DIS 150/35 119
ZAFIRLUKAST TAB 10MG 155
ZAFIRLUKAST TAB 20MG 155
ZALEPLON CAP 5MG 156
ZALEPLON CAP 10MG 156
ZARXIO INJ 300/0.5 67
ZARXIO INJ 480/0.8 67
ZELBORAF TAB 240MG 46
ZELVYSIA POW 100MG 103
ZELVYSIA POW 500MG 103
ZENATANE CAP 10MG 92
ZENATANE CAP 20MG 92
ZENATANE CAP 30MG 92
ZENATANE CAP 40MG 92
ZENPEP CAP 3000UNIT 103
ZENPEP CAP 5000UNIT 104
ZENPEP CAP 10000UNT 103
ZENPEP CAP 15000UNT 103
ZENPEP CAP 20000UNT 103
ZENPEP CAP 25000UNT 103
ZENPEP CAP 40000UNT 104
ZENPEP CAP 60000UNT 104
ZEPOSIA 7DAY CAP STR PACK 87
ZEPOSIA CAP 0.92MG 86
ZEPOSIA CAP STR KIT 87
ZIDOVUDINE CAP 100MG 56
ZIDOVUDINE SYP 50MG/5ML 56
ZIDOVUDINE TAB 300MG 56
ZILEUTON ER TAB 600MG 155
ZIPRASIDONE CAP 20MG 52
ZIPRASIDONE CAP 40MG 52
ZIPRASIDONE CAP 60MG 52
ZIPRASIDONE CAP 80MG 52
ZIRGAN GEL 0.15% 146
ZOLINZA CAP 100MG 46
ZOLMITRIPTAN SPR 2.5MG 39
ZOLMITRIPTAN SPR 5MG 39
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG 39
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5MG 39

ZOLMITRIPTAN TAB 5MG..... 39
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG ODT 39
ZOLPIDEM ER TAB 6.25MG 156
ZOLPIDEM ER TAB 12.5MG 156
ZOLPIDEM TAB 5MG..... 156
ZOLPIDEM TAB 10MG..... 156
ZONISAMIDE CAP 25MG 29
ZONISAMIDE CAP 50MG 29
ZONISAMIDE CAP 100MG..... 28
ZOVIA 1/35 TAB 119
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 119
ZYKADIA TAB 150MG 46

Servicios de Asistencia en Otros Idiomas

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 iyong 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 નિઃશુલ્ક 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 निःशुल्क 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 Deitsch 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 shǫǫdí hódahdi námboo bikí'ágíí doodago Bił Ha'dít'éhí Bika'aná'awo' nits'íís bee ha'dít'éhí ID ninaaltsoos nitł'izí bąąh námboo bikí'ágíí bee hodíilnih.

United Healthcare®

Aviso de 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 su 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.

Internet: **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-notices**.





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. Los servicios administrativos son proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas.

5/26 © 2026 UnitedHealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. IFP1386438-NM