



**New Mexico  
Planes Individuales  
y Familiares**

# **Lista de medicamentos con receta 2025**

Con vigencia desde el 1 de enero de 2025

**United  
Healthcare**

# Índice

Explicación de su lista de medicamentos con receta .....	4
Detalles de cobertura .....	5
Solicitudes de preautorización y excepción .....	8
Consejos sobre medicamentos .....	8
Cómo leer su lista de medicamentos con receta .....	9
Analgésicos .....	10
Anestésicos .....	15
Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias... ..	15
Antibacterianos.....	17
Antiepilépticos .....	21
Antidemenciales.....	24
Antidepresivos.....	25
Antieméticos.....	28
Antimicóticos.....	29
Antigotosos.....	31
Antimigrañosos.....	31
Antimiasténicos.....	32
Antimicobacterianos .....	32
Antineoplásicos.....	33
Antiparasitarios.....	37
Antiparkinsonianos .....	38
Antivirales.....	42
Ansiolíticos.....	45
Agentes bipolares.....	46
Monitoreo de la glucosa en la sangre .....	47
Reguladores de la glucosa en la sangre.....	47
Hemoderivados, modificadores/expansores del volumen de la sangre.....	52
Agentes cardiovasculares .....	55
Agentes para el sistema nervioso central.....	68
Agentes dermatológicos .....	71
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas .....	73
Agentes gastrointestinales.....	77
Trastorno genético o enzimático: reemplazo, modificadores, tratamiento.....	80
Agentes genitourinarios.....	81
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales).....	82

Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria) .....	85
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas) .....	85
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas sexuales/modificadores) .....	86
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides).....	97
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales) .....	100
Agentes hormonales, supresores (pituitaria) .....	100
Agentes hormonales, supresores (tiroides).....	101
Agentes inmunológicos .....	101
Agentes para enfermedades inflamatorias intestinales.....	107
Agentes para la osteopatía metabólica.....	107
Agentes terapéuticos varios.....	108
Agentes oftálmicos.....	111
Agentes óticos.....	115
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio.....	115
Relajantes de músculos esqueléticos.....	122
Agentes para trastornos del sueño.....	122
Lista de medicamentos y productos médicos .....	124
Índice alfabético.....	141

# Explicación de su 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 medicamentos recetados u otros productos o suministros de farmacia elegidos por su seguridad, costo y eficacia. Los medicamentos aparecen por categorías o clases y están asignados a niveles de costo. Se incluyen los medicamentos con receta de marca y genéricos.

El Comité de Administración Farmacéutica de Planes Individuales y Familiares asesora a UnitedHealthcare® para crear la lista. Este grupo revisa qué medicamentos estarán cubiertos según qué tan bien surte efecto el medicamento y el valor en general. También se asegura de que estas opciones sean seguras y estén cubiertas.

## ¿Cómo uso mi lista de medicamentos con receta?

Usted y su proveedor de cuidado de la salud pueden usar la lista de medicamentos con receta para que les ayude a elegir los medicamentos con receta más eficientes en costo. Esta guía le indica si el medicamento que usted 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 vea a su proveedor de cuidado de la salud. Si su medicamento no aparece aquí, visite [myuhc.com/exchange](http://myuhc.com/exchange) o llame al número del Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud.

## ¿Qué son los niveles?

Los niveles son diferentes escalas de costo que paga por un medicamento. A cada nivel se le asigna un costo, y puede encontrar información sobre costos compartidos en los documentos de su plan. Esto determina cuánto pagará cuando surta una receta en una farmacia de la red. Usar medicamentos en un nivel inferior lo ayuda a pagar menos gastos de su bolsillo. Si se le receta un medicamento en un nivel más alto, debe hablar con su proveedor de cuidado de la salud para determinar si un medicamento en un nivel más bajo puede ser adecuado para su condición. En la tabla a continuación, el valor general se basa en factores como la eficacia, la seguridad y el costo del medicamento, y la disponibilidad de medicamentos alternativos para tratar la misma condición médica o una similar.

Nivel	Costo compartido	Incluye
1	\$0	<b>\$0 de Costo compartido</b> Medicamentos a su disposición sin costo para usted, incluidos medicamentos <b>para el cuidado preventivo, salud del comportamiento e infecciones de transmisión sexual</b> .
2	\$	<b>Costo compartido más bajo</b> Medicamentos que proporcionan el <b>valor general más alto</b> , que incluye <b>medicamentos genéricos preferidos</b> .
3	\$\$	<b>Costo compartido de rango medio</b> Medicamentos que proporcionan un <b>buen valor general</b> , que incluye <b>medicamentos preferidos de marca y genéricos no preferidos</b> .
4	\$\$\$	<b>Costo compartido mayor</b> Medicamentos que proporcionan un <b>buen valor general</b> , que incluye medicamentos <b>especializados preferidos</b> .
5	\$\$\$\$	<b>Costo compartido mayor</b> Medicamentos que proporcionan un <b>menor valor general</b> , que incluye medicamentos de <b>marca no preferidos</b> .
6	\$\$\$\$\$	<b>Costo compartido más alto</b> Medicamentos que proporcionan el <b>menor valor general</b> , que incluye medicamentos <b>especializados no preferidos</b> .

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.

### Acerca de esta lista de medicamentos con receta

Si existen diferencias entre este documento y su plan de beneficios, prevalecen los documentos del 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.

## ¿Puede cambiar la lista de medicamentos con receta?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero durante el año UnitedHealthcare puede agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos con receta, pasarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar o eliminar reglas.

Si un medicamento cambia de nivel, es posible que deba pagar una cantidad diferente para conseguirlo. Hable con su proveedor de cuidado de la salud para conocer las alternativas.

## ¿Por qué algunos medicamentos no tienen cobertura?

Un medicamento puede no estar cubierto por su beneficio de farmacia cuando surte el mismo efecto que otro medicamento con receta o medicamento sin receta (over-the-counter, OTC) o de manera similar a estos.

## Detalles de cobertura

### ¿Qué son las reglas o límites de cobertura?

Algunos medicamentos en su lista de medicamentos con receta tienen reglas adicionales antes de poder cubrirlos. Algunas de las reglas o límites de cobertura más comunes son la preautorización (PA), la terapia escalonada (ST) y el límite de cantidad (QL). Usamos programas como estos para asegurarnos de que el medicamento que usted toma sea seguro y eficaz. Para obtener más información, consulte los documentos de su plan. En esta lista de medicamentos, algunos medicamentos tienen letras junto al nombre que lo ayudan a determinar cuáles podrían tener reglas o límites de cobertura. Su plan de beneficios determina cómo se cubrirán estos medicamentos para usted. Para obtener un medicamento que tenga una regla o límite de cobertura, consulte la sección “Solicitudes de preautorización y excepción”.

<b>PA</b>	<b>Se requiere preautorización</b> UnitedHealthcare requiere que usted o su proveedor de cuidado de la salud obtengan una preautorización para ciertos medicamentos a fin de asegurarse de que el medicamento sea el más adecuado para su condición. Esto significa que deberá obtener una aprobación de UnitedHealthcare antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no se cubra el medicamento.
<b>QL</b>	<b>Límite de cantidad</b> Para ciertos medicamentos, UnitedHealthcare limita la cantidad de medicamento que se puede surtir por cada copago o en un cierto período. Actualizamos los límites de cantidad según las pautas médicas y las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Esto ayuda a reducir el desperdicio y asegura que los medicamentos se usen de manera apropiada.
<b>ST</b>	<b>Terapia escalonada</b> En algunos casos, UnitedHealthcare exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. La terapia escalonada garantiza que surta medicamentos médicamente apropiados y económicos.
<b>SP</b>	<b>Medicamento de especialidad</b> Límite de un suministro de 1 mes por cada medicamento con receta.

<b>MME</b>	<p><b>Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente</b></p> <p>Es posible que se apliquen 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 1 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 le pueden solicitar al plan que cubra la cantidad adicional.</p> <p>Si no ha surtido una receta de 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.</p>
<b>PRV*</b>	<p><b>Medicamento preventivo</b></p> <p>Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos.</p>
<b>PRV-A</b>	<p><b>Medicamento preventivo para determinadas edades</b></p> <p>Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado.</p>
<b>PRV-M</b>	<p><b>Medicamento preventivo cubierto por la farmacia o el beneficio médico</b></p> <p>Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico.</p>
<b>BH*</b>	<p><b>Condición de salud del comportamiento</b></p> <p>Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.</p>
<b>STI*</b>	<p><b>Infección de transmisión sexual</b></p> <p>Medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para cuidado preventivo o para el tratamiento de una infección de transmisión sexual.</p>

## ¿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 preventivos incluyen:

- 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
- Medicamentos preventivos para la exposición previa (PrEP) a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Estatinas para prevenir eventos cardiovasculares
- Medicamentos para dejar de usar tabaco para ayudarle a dejar de fumar
- Vacunas

Seguimos las recomendaciones del Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización.

Los medicamentos preventivos aparecen en el Nivel 1 o como medicamentos con \$0 de copago en esta lista de medicamentos. Algunos medicamentos están disponibles sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos. Como se indica en esta lista, es posible que necesitemos que su proveedor de cuidado de la salud proporcione información sobre su condición médica para confirmar que usted 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 es para tratar otra enfermedad, se puede aplicar 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](https://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 (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 enfermedad para determinar si su medicamento cumple con las condiciones 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 del consumo de sustancias estén a su disposición sin costo para usted cuando los administre un proveedor de 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 (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 enfermedad para determinar si su medicamento cumple con las condiciones 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 están cubiertos por mi beneficiomédico?

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](https://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. Esto incluye medicamentos que:

- 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 opiáceo recientemente
  - Uso de opiáceos que excede el nivel de equivalente a miligramos de morfina establecido
- No aparezcan en la lista de medicamentos con receta (también denominados medicamentos excluidos del formulario)
- Pueden estar cubiertos sin costo cuando se cumplen requisitos específicos como los medicamentos preventivos

## ¿Cómo puede 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. Para presentar una solicitud, comuníquese con su proveedor de cuidado de la salud. Los proveedores de cuidado de la salud pueden presentar una solicitud:

- A través de Internet: [professionals.optumrx.com/prior-authorization.html](https://professionals.optumrx.com/prior-authorization.html)
- Teléfono: 1-800-711-4555

La solicitud debe incluir el diagnóstico, el historial de medicamentos, la justificación clínica, el registro médico o las análisis de laboratorio según sea necesario y otra información de respaldo. Si falta información, Optum Rx se comunicará con su proveedor de cuidado de la salud y solicitará información adicional.

Si necesita ayuda, también puede iniciar una solicitud en [myuhc.com/exchange](https://myuhc.com/exchange) o llamar al número de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud, y nosotros podemos comunicarnos con su proveedor de cuidado de la salud para obtener información y ayudar a procesar la solicitud.

Enviaremos una notificación de la decisión por escrito a usted y a su proveedor de cuidado de la salud. Si su proveedor 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 ingresar a [uhcprovider.com/exchange](https://uhcprovider.com/exchange) para obtener más información y conocer sobre criterios clínicos.

## Consejos sobre 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 resulte eficaz) que los medicamentos de marca, pero suelen constar menos.

### ¿Qué sucede si mi proveedor de cuidado de la salud receta un medicamento de marca?

Si su proveedor le receta un medicamento de marca, pregúntele si una opción genérica o de costo más bajo podría ser adecuada para usted. Por lo general, los medicamentos genéricos son su opción de costo más bajo.

### Medicamentos sin receta

Es posible que un medicamento sin receta (OTC) sea el tratamiento adecuado para ciertas condiciones. Hable con su proveedor de cuidado de la salud sobre las opciones disponibles de medicamentos sin receta. Aunque su beneficio de farmacia puede no cubrir los medicamentos sin receta, pueden costar menos que los medicamentos con receta.



## ¿Qué sucede si estoy tomando un medicamento de especialidad?

Los medicamentos de especialidad son para condiciones raras o complejas y suelen ser de mayor costo.

Tenga en cuenta: no todos los medicamentos de especialidad pueden estar disponibles en una farmacia minorista. Si tiene alguna pregunta sobre cómo acceder a los medicamentos de especialidad cubiertos, llame al número que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud o visite [myuhc.com/exchange](https://myuhc.com/exchange).

## Cómo leer su lista de medicamentos con receta

La lista de medicamentos le da opciones para que usted y su proveedor de cuidado de la salud puedan decidir el mejor tratamiento.

Hay dos maneras de buscar su medicamento en la lista de medicamentos con receta:

1. 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.
2. Lista en orden alfabético: si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento para medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Revise el Índice para encontrar su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que se encuentra en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## Preguntas



Revise su póliza para obtener más información sobre su beneficio de farmacia.



Llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.



Regístrese o inicie sesión en su cuenta de Internet en [myuhc.com/exchange](https://myuhc.com/exchange) para hacer lo siguiente:

- Encontrar 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	Notes
<b>Analgésicos</b>						
APAP/CODEINE SOL 120-12/5	ACETAMINOPHEN W / CODEINE SOLN 120-12 MG / 5ML	2		X		MME
APAP/CODEINE SOL 300-30MG	ACETAMINOPHEN W / CODEINE SOLN 120-12 MG / 5ML	2		X		MME
APAP/CODEINE TAB 300-15MG	ACETAMINOPHEN W / CODEINE TAB 300-15 MG	2		X		MME
APAP/CODEINE TAB 300-30MG	ACETAMINOPHEN W / CODEINE TAB 300-30 MG	2		X		MME
APAP/CODEINE TAB 300-60MG	ACETAMINOPHEN W / CODEINE TAB 300-60 MG	2		X		MME
APAP-CAFFEIN CAP DIHYDROC	ACETAMINOPHEN-CAFFEINE DIHYDROCODEINE CAP 3205-30-16 MG	3		X		MME
ASCOMP/COD CAP 30MG	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFF W / CODEINE CAP 50-325-40-30 MG	3		X		MME
ASPIRIN LOW CHW 81MG	ASPIRIN CHEW TAB 81 MG	1				PRV-A
ASPIRIN LOW TAB 81MG EC	ASPIRIN TAB DELAYED RELEASE 81 MG	1				PRV-A
BUT/APAP/CAF CAP	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE CAP 50-300-40 MG	3		X		
BUT/APAP/CAF CAP	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE CAP 50-325-40 MG	3		X		
BUT/APAP/CAF CAP CODEINE	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFF W / COD CAP 50-300-40-30 MG	3		X		MME
BUT/APAP/CAF CAP CODEINE	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFF W / COD CAP 50-325-40-30 MG	3		X		MME
BUT/APAP/CAF TAB	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE TAB 50-325-40 MG	2		X		
BUT/ASA/CAF/ CAP CODEINE	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFF W / CODEINE CAP 50-325-40-30 MG	3		X		MME
BUT/ASA/CAFF CAP	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAP 50-325 40 MG	3		X		
BUTAL/APAP TAB 50-325MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-325 MG	3		X		
BUTALB/ACETA TAB 50-300MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-300 MG	3		X		
BUTORPHANOL SOL 10MG/ML	BUTORPHANOL TARTRATE NASAL SOLN 10 MG / ML	3		X		MME
CARISOPRODOL TAB ASA/COD	CARISOPRODOL W / ASPIRIN & CODEINE TAB 200-325-16 MG	2		X		MME
CELECOXIB CAP 100MG	CELECOXIB CAP 100 MG	2		X		
CELECOXIB CAP 200MG	CELECOXIB CAP 200 MG	2		X		
CELECOXIB CAP 400MG	CELECOXIB CAP 400 MG	2		X		
CELECOXIB CAP 50MG	CELECOXIB CAP 50 MG	2		X		
CODEINE SULF TAB 15MG	CODEINE SULFATE TAB 15 MG	2		X		MME
CODEINE SULF TAB 30MG	CODEINE SULFATE TAB 30 MG	2		X		MME
CODEINE SULF TAB 60MG	CODEINE SULFATE TAB 60 MG	2		X		MME

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
DICLO/MISOPR TAB 50-02MG	DICLOFENAC W/ MISOPROSTOL TAB DELAYED RELEASE 50-02 MG	3				
DICLO/MISOPR TAB 75-0.2MG	DICLOFENAC W/ MISOPROSTOL TAB DELAYED RELEASE 75-0.2 MG	3				
DICLOFEN POT TAB 50MG	DICLOFENAC POTASSIUM TAB 50 MG	2				
DICLOFENAC GEL 1%	DICLOFENAC SODIUM GEL 1% (1.16% DIETHYLAMINE EQUIV)	3		X		
DICLOFENAC TAB 100MG ER	DICLOFENAC SODIUM TAB ER 24HR100 MG	3				
DICLOFENAC TAB 25MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 25 MG	2				
DICLOFENAC TAB 50MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 50 MG	2				
DICLOFENAC TAB 75MG DR	DICLOFENAC SODIUM TAB DELAYED RELEASE 75 MG	2				
DIFLUNISAL TAB 500MG	DIFLUNISAL TAB 500 MG	2				
EC-NAPROXEN TAB 375MG	NAPROXEN TAB EC375 MG	2				
EC-NAPROXEN TAB 500MG	NAPROXEN TAB EC 500 MG	2				
ENDOCET TAB 10-325MG	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 10- 325 MG	2		X		MME
ENDOCET TAB 2.5-325	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 2.5- 325 MG	2		X		MME
ENDOCET TAB 5-325MG	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	2		X		MME
ENDOCET TAB 75-325	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 75- 325 MG	2		X		MME
ETODOLAC CAP 200MG	ETODOLAC CAP 200 MG	2				
ETODOLAC CAP 300MG	ETODOLAC CAP 300 MG	2				
ETODOLAC TAB 400MG	ETODOLAC TAB 400 MG	2				
ETODOLAC TAB 500MG	ETODOLAC TAB 500 MG	2				
ETODOLAC ER TAB 400MG	ETODOLAC TAB ER24HR400 MG	3				
ETODOLAC ER TAB 500MG	ETODOLAC TAB ER24HR500 MG	3				
ETODOLAC ER TAB 600MG	ETODOLAC TAB ER24HR600 MG	3				
FENOPROFEN TAB 600MG	FENOPROFEN CALCIUM TAB 600 MG	3				
FENTANYL DIS 100MCG/H	FENTANYL TD PATCH 72HR100 MCG /HR	3	X	X		MME
FENTANYL DIS 12MCG/HR	FENTANYLTD PATCH 72HR12 MCG/ HR	3	X	X		MME
FENTANYL DIS 25MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 25 MCG / HR	3	X	X		MME
FENTANYL DIS 50MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 50 MCG /HR	3	X	X		MME
FENTANYL DIS 75MCG/HR	FENTANYL TD PATCH 72HR 75 MCG / HR	3	X	X		MME
FENTANYL OT LOZ1200MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 1200 MCG	3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 1600MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 1600 MCG	3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 200MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 200 MCG	3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 400MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 400 MCG	3	X	X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
FENTANYL OT LOZ 600MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 600 MCG	3	X	X		
FENTANYL OT LOZ 800MCG	FENTANYL CITRATE LOZENGE ON A HANDLE 800 MCG	3	X	X		
FLURBIPROFEN TAB 100MG	FLURBIPROFEN TAB 100 MG	2				
HYDROCO/APAP SOL 7.5-325	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN SOLN 7.5-325MG/15ML	2		X		MME
HYDROCO/APAP TAB 10-325MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	2		X		MME
HYDROCO/APAP TAB 5-325MG	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	2		X		MME
HYDROCO/APAP TAB 7.5-325	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	2		X		MME
HYDROCOD/IBU TAB 10-200MG	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 10-200 MG	3		X		MME
HYDROCOD/IBU TAB 5-200MG	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 5-200 MG	3		X		MME
HYDROCOD/IBU TAB 7.5-200	HYDROCODONE-IBUPROFEN TAB 7.5-200 MG	3		X		MME
HYDROCODONE CAP 10MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER12HR10 MG	3	X	X		MME
HYDROCODONE CAP 15MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER12HR15 MG	3	X	X		MME
HYDROCODONE CAP 20MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER12HR20 MG	3	X	X		MME
HYDROCODONE CAP 30MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER12HR30 MG	3	X	X		MME
HYDROCODONE CAP 40MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER12HR40 MG	3	X	X		MME
HYDROCODONE CAP 50MG ER	HYDROCODONE BITARTRATE CAP ER12HR50 MG	3	X	X		MME
HYDROMORPHON LIO 1MG/ML	HYDROMORPHONE HCL LIQD1 MG/ ML	3		X		MME
HYDROMORPHON TAB 12MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER24HR12 MG	3	X	X		MME
HYDROMORPHON TAB 16MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER24HR16 MG	3	X	X		MME
HYDROMORPHON TAB 2MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 2 MG	2		X		MME
HYDROMORPHON TAB 32MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER24HR32 MG	3	X	X		MME
HYDROMORPHON TAB 4MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 4 MG	2		X		MME
HYDROMORPHON TAB 8MG	HYDROMORPHONE HCL TAB 8 MG	2		X		MME
HYDROMORPHON TAB 8MG ER	HYDROMORPHONE HCL TAB ER24HR8 MG	3	X	X		MME
IBU TAB 400MG	IBUPROFEN TAB 400 MG	2				
IBU TAB 600MG	IBUPROFEN TAB 600 MG	2				
IBU TAB 800MG	IBUPROFEN TAB 800 MG	2				
IBUPROFEN TAB 400MG	IBUPROFEN TAB 400 MG	2				
IBUPROFEN TAB 600MG	IBUPROFEN TAB 600 MG	2				
IBUPROFEN TAB 800MG	IBUPROFEN TAB 800 MG	2				
INDOMETHACIN CAP 25MG	INDOMETHACIN CAP 25 MG	2		X		
INDOMETHACIN CAP 50MG	INDOMETHACIN CAP 50 MG	2		X		
INDOMETHACIN CAP 75MG ER	INDOMETHACIN CAP ER75 MG	2				
KETOPROFEN CAP200MG ER	KETOPROFEN CAP ER24HR200 MG	3			X	
KETOPROFEN CAP 25MG	KETOPROFEN CAP 25 MG	3			X	
KETOPROFEN CAP 50MG	KETOPROFEN CAP 50 MG	3			X	

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
KETOROLAC TAB 10MG	KETOROLAC TROMETHAMINE TAB 10 MG	2				
KIPROFEN CAP 25MG	KETOPROFEN CAP 25 MG	3			X	
LEVORPHANOL TAB 2MG	LEVORPHANOL TARTRATE TAB 2 MG	3	X	X		MME
LEVORPHANOL TAB 3MG	LEVORPHANOL TARTRATE TAB 3 MG	3	X	X		MME
MECLOFEN SOD CAP 100MG	MECLOFENAMATE SODIUM CAP 100 MG	3				
MECLOFEN SOD CAP 50MG	MECLOFENAMATE SODIUM CAP 50 MG	3				
MEFENAM ACID CAP 250MG	MEFENAMIC ACID CAP 250 MG	3				
MELOXICAM TAB 15MG	MELOXICAM TAB 15 MG	2				
MELOXICAM TAB 7.5MG	MELOXICAM TAB 7.5 MG	2				
METHADONE CON 10MG/ML	METHADONE HCL CONC10 MG/ ML	2	X	X		MME
METHADONE SOL 10MG/5ML	METHADONE HCL SOLN 10 MG/ 5ML	2	X	X		MME
METHADONE SOL 5MG/5ML	METHADONE HCL SOLN 5MG/5ML	2	X	X		MME
METHADONE TAB 10MG	METHADONE HCL TAB 10 MG	2	X	X		MME
METHADONE TAB 5MG	METHADONE HCL TAB 5 MG	2	X	X		MME
MORPHINE SUL SOL 10/0.5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG/ 5ML (20 MG/ ML)	3		X		MME
MORPHINE SUL SOL 100/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG/ 5ML (20 MG/ ML)	3		X		MME
MORPHINE SUL SOL 10MG/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 10 MG/ 5ML	3		X		MME
MORPHINE SUL SOL 20MG/5ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 20 MG/ 5ML	3		X		MME
MORPHINE SUL SOL 20MG/ML	MORPHINE SULFATE ORAL SOLN 100 MG/ 5ML (20 MG/ ML)	3		X		MME
MORPHINE SUL TAB 100MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 100 MG	2	X	X		MME
MORPHINE SUL TAB 15MG	MORPHINE SULFATE TAB 15 MG	2		X		MME
MORPHINE SUL TAB 15MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 15 MG	2	X	X		MME
MORPHINE SUL TAB 200MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 200 MG	2	X	X		MME
MORPHINE SUL TAB 30MG	MORPHINE SULFATE TAB 30 MG	2		X		MME
MORPHINE SUL TAB 30MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER30 MG	2	X	X		MME
MORPHINE SUL TAB 60MG ER	MORPHINE SULFATE TAB ER 60 MG	2	X	X		MME
NABUMETONE TAB 500MG	NABUMETONE TAB 500 MG	2				
NABUMETONE TAB 750MG	NABUMETONE TAB 750 MG	2				
NAPROXEN SUS 125/5ML	NAPROXEN SUSP 125 MG/ 5ML	3	X			
NAPROXEN TAB 250MG	NAPROXEN TAB 250 MG	2				
NAPROXEN TAB 375MG	NAPROXEN TAB 375 MG	2				
NAPROXEN TAB 500MG	NAPROXEN TAB 500 MG	2				
NAPROXEN DR TAB 375MG	NAPROXEN TAB EC375 MG	2				
NAPROXEN DR TAB 500MG	NAPROXEN TAB EC 500 MG	2				
NAPROXEN SOD TAB 275MG	NAPROXEN SODIUM TAB 275 MG	2				
NAPROXEN SOD TAB 550MG	NAPROXEN SODIUM TAB 550 MG	2				
NUCYNTA ER TAB 100MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR100 MG	5	X	X		MME
NUCYNTA ER TAB 150MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR150 MG	5	X	X		MME
NUCYNTA ER TAB 200MG	TAPENTADOL HCL TAB ER 12HR 200 MG	5	X	X		MME
NUCYNTA ER TAB 250MG	TAPENTADOL HCL TAB ER12HR250 MG	5	X	X		MME
NUCYNTA ER TAB 50MG	TAPENTADOL HCL TAB ER12HR50 MG	5	X	X		MME
OXAPROZIN TAB 600MG	OXAPROZIN TAB 600 MG	3				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
OXYCOD/APAP TAB 10-325MG	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	2		X		MME
OXYCOD/APAP TAB 2.5-325	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 2.5-325 MG	2		X		MME
OXYCOD/APAP TAB 5-325MG	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	2		X		MME
OXYCOD/APAP TAB 7.5-325	OXYCODONE W/ ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	2		X		MME
OXYCODONE CAP 5MG	OXYCODONE HCL CAP 5 MG	2		X		MME
OXYCODONE CAP HCL5MG	OXYCODONE HCL CAP 5 MG	2		X		MME
OXYCODONE CON 100/5ML	OXYCODONE HCL CONC100 MG/5ML (20 MG/ML)	3		X		MME
OXYCODONE SOL 5MG/5ML	OXYCODONE HCL SOLN 5MG/5ML	2		X		MME
OXYCODONE TAB 10MG	OXYCODONE HCL TAB 10 MG	2		X		MME
OXYCODONE TAB 15MG	OXYCODONE HCL TAB 15 MG	2		X		MME
OXYCODONE TAB 20MG	OXYCODONE HCL TAB 20 MG	2		X		MME
OXYCODONE TAB 30MG	OXYCODONE HCL TAB 30 MG	2		X		MME
OXYCODONE TAB 5MG	OXYCODONE HCL TAB 5 MG	2		X		MME
OXYMORPHONE TAB 10MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR10 MG	3	X	X		MME
OXYMORPHONE TAB 15MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR15 MG	3	X	X		MME
OXYMORPHONE TAB 20MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 20 MG	3	X	X		MME
OXYMORPHONE TAB 30MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER12HR30 MG	3	X	X		MME
OXYMORPHONE TAB 40MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER12HR40 MG	3	X	X		MME
OXYMORPHONE TAB 5MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 5 MG	3	X	X		MME
OXYMORPHONE TAB 7.5MG ER	OXYMORPHONE HCL TAB ER 12HR 7.5 MG	3	X	X		MME
OXYMORPHONE TAB HCL 10MG	OXYMORPHONE HCL TAB 10 MG	3		X		MME
OXYMORPHONE TAB HCL 5MG	OXYMORPHONE HCL TAB 5 MG	3		X		MME
PENTAZ/NALOX TAB 50-0.5MG	PENTAZOCINE W/ NALOXONE HCL TAB 50-0.5 MG	3		X		MME
PIROXICAM CAP 10MG	PIROXICAM CAP 10 MG	2				
PIROXICAM CAP 20MG	PIROXICAM CAP 20 MG	2				
SALSALATE TAB 500MG	SALSALATE TAB 500 MG	2				
SALSALATE TAB 750MG	SALSALATE TAB 750 MG	2				
ST JOSEPH CHW LOW 81MG	ASPIRIN CHEW TAB 81 MG	1				PRV-A
SULINDAC TAB 150MG	SULINDAC TAB 150 MG	2				
SULINDAC TAB 200MG	SULINDAC TAB 200 MG	2				
TENCON TAB 50-325MG	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN TAB 50-325 MG	3		X		
TOLMETIN SOD CAP 400MG	TOLMETIN SODIUM CAP400 MG	3				
TOLMETIN SOD TAB 600MG	TOLMETIN SODIUM TAB 600 MG	3				
TRAMADL/APAP TAB 37.5-325	TRAMADOL-ACETAMINOPHEN TAB 37.5-325 MG	2		X		MME
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER24HR100 MG	3	X	X		MME
TRAMADOL HCL TAB 100MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 100 MG	3	X	X		MME
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR 200 MG	3	X	X		MME

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
TRAMADOL HCL TAB 200MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 200 MG	3	X	X		MME
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER24HR300 MG	3	X	X		MME
TRAMADOL HCL TAB 300MG ER	TRAMADOL HCL TAB ER 24HR BIPHASIC RELEASE 300 MG	3	X	X		MME
TRAMADOL HCL TAB 50MG	TRAMADOL HCL TAB 50 MG	2		X		MME
XTAMPZA ER CAP 13.5MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 13.5 MG	5	X	X		MME
XTAMPZA ER CAP 18MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 18 MG	5	X	X		MME
XTAMPZA ER CAP 27MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 27 MG	5	X	X		MME
XTAMPZA ER CAP 36MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 36 MG	5	X	X		MME
XTAMPZA ER CAP 9MG	OXYCODONE CAP ER 12HR ABUSEDETERRENT 9 MG	5	X	X		MME
<b>Anestésicos</b>						
GLYDO GEL 2%	LIDOCAINE HCL URETHRAL/ MUCOSAL GEL PREFILLED SYRINGE 27°	2				
LIDO/PRILOCN CRE 2.5-2.57°	LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM 2.5-2.57°	2				
LIDOCA/TETRA CRE 7/77°	LIDOCAINE-TETRACAINE CREAM 7-77°	5				
LIDOCAINE GEL 27° JELLY	LIDOCAINE HCL URETHRAL/ MUCOSAL GEL 27°	2				
LIDOCAINE GEL 27° JELLY	LIDOCAINE HCL URETHRAL/ MUCOSAL GEL PREFILLED SYRINGE 27°	2				
LIDOCAINE PAD 57°	LIDOCAINE PATCH 57°	3	X	X		
LIDOCAINE SOL 27° ORAL	LIDOCAINE HCL VISCOUS SOLN 27°	2				
LIDOCAINE SOL 27° VISC	LIDOCAINE HCL VISCOUS SOLN 27°	2				
LIDOCAINE SOL 47°	LIDOCAINE HCL LARYNGOTRACHEAL SOLN 47°	3				
LIDOCAINE SOL 47°	LIDOCAINE HCL SOLN 47°	3				
<b>Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias</b>						
ACAMPRO CAL TAB 333MG	ACAMPROSATE CALCIUM TAB DELAYED RELEASE 333 MG	1				
BUPREN/NALOX MIS 12-3MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SI-FILM 12-3 MG (BASE EQUIV)	1				
BUPREN/NALOX MIS 2-0.5MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SI-FILM 2-0.5 MG (BASE EQUIV)	1				
BUPREN/NALOX MIS 4-1MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SI-FILM 4-1 MG (BASE EQUIV)	1				
BUPREN/NALOX MIS 8-2MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SI-FILM 8-2 MG (BASE EQUIV)	1				
BUPREN/NALOX SUB 2-0.5MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 2-0.5 MG (BASE EQUIV)	1				
BUPREN/NALOX SUB 8-2MG	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 8-2 MG (BASE EQUIV)	1				
BUPRENORPHIN SUB 2MG	BUPRENORPHINE HCL SL TAB 2 MG (BASE EQUIV)	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
BUPRENORPHIN SUB 8MG	BUPRENORPHINE HCL SL TAB 8 MG (BASE EQUIV)	1				
BUPROPION TAB 150MG SR	BUPROPION HCL (SMOKING DETERRENT) TAB ER12HR150 MG	1				
DISULFIRAM TAB 250MG	DISULFIRAM TAB 250 MG	1				
DISULFIRAM TAB 500MG	DISULFIRAM TAB 500 MG	1				
NALOXONE INJ 0.4MG/ML	NALOXONE HCL INJ 0.4 MG / ML	1				
NALOXONE INJ 0.4MG/ML	NALOXONE HCL INJ 4 MG/ 10ML	1				
NALOXONE INJ 0.4MG/ML	NALOXONE HCL SOLN CARTRIDGE 0.4 MG/ ML	1				
NALOXONE INJ 1MG/ML	NALOXONE HCL SOLN PREFILLED SYRINGE 2 MG/2ML	1				
NALOXONE INJ 2MG/2ML	NALOXONE HCL SOLN PREFILLED SYRINGE 2 MG/2ML	1				
NALOXONE INJ 4MG/10ML	NALOXONE HCL INJ 4 MG/ 10ML	1				
NALOXONE HCLSPR4MG	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG/ 0.1ML	1				
NALTREXONE TAB 50MG	NALTREXONE HCL TAB 50 MG	1				
NARCANSPR4MG	NALOXONE HCL NASAL SPRAY 4 MG / 0.1ML	1				
NICODERM GO DIS 14MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR14 MG/ 24HR	1				
NICODERM GO DIS 21MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR21 MG / 24HR	1				
NICODERM GO DIS 7MG/24HR	NICOTINE TD PATCH 24HR7 MG/24HR	1				
NICORETTE GUM 2MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	1				
NICORETTE GUM 4MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 4 MG	1				
NICORETTE LOZ 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 2 MG	1				
NICORETTE LOZ 4MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 4 MG	1				
NICOTINE DIS 7MG/24HR	NICOTINE TD PATCH 24HR7 MG / 24HR	1				
NICOTINE GUM 2MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	1				
NICOTINE GUM 4MG	NICOTINE POLACRILEX GUM 4 MG	1				
NICOTINE LOZ 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 2 MG	1				
NICOTINE LOZ4MG MINT	NICOTINE POLACRILEX LOZENGE 4 MG	1				
NICOTINE SYS KITTRANSDER	NICOTINE TD PATCH 24 HR KIT 21-14-7 MG/ 24HR	1				
NICOTINE TD DIS 14MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR14 MG/ 24HR	1				
NICOTINE TD DIS 21MG/24H	NICOTINE TD PATCH 24HR 21 MG/ 24HR	1				
NICOTROL INH	NICOTINE INHALER SYSTEM 10 MG (4 MG DELIVERED)	1				
NICOTROL NS SPR10MG/ML	NICOTINE NASAL SPRAY 10 MG/ ML (0.5 MG/ SPRAY)	1				
THRIVE GUM 2MG MINT	NICOTINE POLACRILEX GUM 2 MG	1				
VARENICLINE TAB 0.5& IMG	VARENICLINE TARTRATE TAB 11X 0.5 MG & 42 X1 MG START PACK	1				
VARENICLINE TAB 0.5MG	VARENICLINE TARTRATE TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	1				
VARENICLINE TAB IMG	VARENICLINE TARTRATE TAB 1 MG (BASE EQUIV)	1				
ZUBSOLV SUB 0.7-0.18	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 0.7-0.18 MG (BASE EQ)	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ZUBSOLV SUB 1.4-0.36	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 1.4-0.36 MG (BASE EQ)	1				
ZUBSOLV SUB 11.4-2.9	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 11.4-2.9 MG (BASE EQ)	1				
ZUBSOLV SUB 2.9-0.71	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 2.9-0.71 MG (BASE EQ)	1				
ZUBSOLV SUB 5.7-1.4	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 5.7-1.4 MG (BASE EQ)	1				
ZUBSOLV SUB 8.6-2.1	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE HCL SL TAB 8.6-2.1 MG (BASE EQ)	1				
<b>Antibacterianos</b>						
AL TAB AX OIN1%	RETAPAMULIN OINT1%	5		X		
AMOX/K CLAV CHW 200MG	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	2				
AMOX/K CLAV CHW 400MG	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	2				
AMOX/K CLAV SUS 200/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	2				
AMOX/K CLAV SUS 250/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 250-62.5 MG/5ML	2				
AMOX/K CLAV SUS 400/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML	2				
AMOX/K CLAV SUS 600/5ML	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 600-42.9 MG/5ML	2				
AMOX/K CLAV TAB 250-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 250-125 MG	2				
AMOX/K CLAV TAB 500-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 500-125 MG	2				
AMOX/K CLAV TAB 875-125	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE TAB 875-125 MG	2				
AMOXICILLIN CAP 250MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CAP 250 MG	2				STI*
AMOXICILLIN CAP 500MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CAP 500 MG	2				STI*
AMOXICILLIN CHW125MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CHEW TAB 125 MG	2				STI*
AMOXICILLIN CHW250MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) CHEW TAB 250 MG	2				STI*
AMOXICILLIN SUS 125/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 125 MG/5ML	2				STI*
AMOXICILLIN SUS 200/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 200 MG/5ML	2				STI*
AMOXICILLIN SUS 250/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 250 MG/5ML	2				STI*
AMOXICILLIN SUS 250MG/5M	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 250 MG/5ML	2				STI*
AMOXICILLIN SUS 400/5ML	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) FOR SUSP 400 MG/5ML	2				STI*
AMOXICILLIN TAB 500MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) TAB 500 MG	2				STI*
AMOXICILLIN TAB 875MG	AMOXICILLIN (TRIHYDRATE) TAB 875 MG	2				STI*
AMPICILLIN CAP 500MG	AMPICILLIN CAP 500 MG	2				
AVIDOXY TAB 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 100 MG	2				STI*

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
AZITHROMYCIN POW1GM PAK	AZITHROMYCIN POWD PACK FOR SUSP 1 GM	2				STI*
AZITHROMYCIN SUS 100/5ML	AZITHROMYCIN FOR SUSP 100 MG/5ML	2				STI*
AZITHROMYCIN SUS 200/5ML	AZITHROMYCIN FOR SUSP 200 MG/5ML	2				STI*
AZITHROMYCIN TAB 250MG	AZITHROMYCIN TAB 250 MG	2				STI*
AZITHROMYCIN TAB 500MG	AZITHROMYCIN TAB 500 MG	2				STI*
AZITHROMYCIN TAB 600MG	AZITHROMYCIN TAB 600 MG	2				STI*
BAXD ELA TAB 450MG	DELAFLOXACIN MEGLUMINE TAB 450 MG (BASE EQUIV)	5				
CEFACLOR CAP 250MG	CEFACLOR CAP 250 MG	2				
CEFACLOR CAP 500MG	CEFACLOR CAP 500 MG	2				
CEFACLOR ER TAB 500MG	CEFACLOR MONOHYDRATE TAB ER 12HR 500 MG	3				
CEFADROXIL CAP 500MG	CEFADROXIL CAP 500 MG	2				
CEFADROXIL SUS 250/5ML	CEFADROXIL FOR SUSP 250 MG / 5M L	2				
CEFADROXIL SUS 500/5ML	CEFADROXIL FOR SUSP 500 MG/5ML	2				
CEFADROXIL TAB 1GM	CEFADROXIL TAB 1 GM	3				
CEFDINIR CAP 300MG	CEFDINIR CAP 300 MG	2				
CEFDINIRSUS125/5ML	CEFDINIR FOR SUSP 125 MG/5ML	2				
CEFDINIR SUS 250/5ML	CEFDINIR FOR SUSP 250 MG/5ML	2				
CEFIXIME CAP 400MG	CEFIXIME CAP400 MG	3				STI*
CEFIXIME SUS 100/5ML	CEFIXIME FORSUSP100 MG/5ML	3				STI*
CEFIXIME SUS 200/5ML	CEFIXIME FORSUSP200 MG/5ML	3				STI*
CEFPODO PROX SUS 100/5ML	CEFPODOXIME PROXETIL FOR SUSP 100 MG /5ML	3				
CEFPODO PROX SUS 50MG/5ML	CEFPODOXIME PROXETIL FOR SUSP 50 MG/ 5ML	3				
CEFPODOXIME TAB 100MG	CEFPODOXIME PROXETIL TAB 100 MG	3				
CEFPODOXIME TAB 200MG	CEFPODOXIME PROXETIL TAB 200 MG	3				
CEFPROZIL SUS 125/5ML	CEFPROZIL FOR SUSP 125MG/5ML	2				
CEFPROZIL SUS 250/5ML	CEFPROZIL FOR SUSP 250 MG/5ML	2				
CEFPROZIL TAB 250MG	CEFPROZIL TAB 250 MG	2				
CEFPROZIL TAB 500MG	CEFPROZIL TAB 500 MG	2				
CEFUROXIME TAB 250MG	CEFUROXIME AXETIL TAB 250 MG	2				
CEFUROXIME TAB 500MG	CEFUROXIME AXETIL TAB 500 MG	2				
CEPHALEXIN CAP 250MG	CEPHALEXIN CAP 250 MG	2				
CEPHALEXIN CAP 500MG	CEPHALEXIN CAP 500 MG	2				
CEPHALEXIN SUS 125/5ML	CEPHALEXIN FOR SUSP 125MG/5ML	2				
CEPHALEXIN SUS 250/5ML	CEPHALEXIN FOR SUSP 250 MG / 5ML	2				
CIPROFLOXACN SUS 250/5ML	CIPROFLOXACIN FOR ORAL SUSP 250 MG/ 5ML (57°) (5 GM/ 100ML)	3				STI*
CIPROFLOXACN TAB 100MG	CIPROFLOXACIN HOL TAB 100 MG (BASE EQUIV)	2				STI*
CIPROFLOXACN TAB 250MG	CIPROFLOXACIN HOL TAB 250 MG (BASE EQUIV)	2				STI*
CIPROFLOXACN TAB 500MG	CIPROFLOXACIN HOL TAB 500 MG (BASE EQUIV)	2				STI*

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CIPROFLOXACN TAB 750MG	CIPROFLOXACIN HOL TAB 750 MG (BASE EQUIV)	2				STI*
CLARITHROMYC SUS 125/5ML	CLARITHROMYCIN FORSUSP 125 MG/5ML	3				
CLARITHROMYC SUS 250/5ML	CLARITHROMYCIN FORSUSP250 MG/5ML	3				
CLARITHROMYC TAB 250MG	CLARITHROMYCIN TAB 250 MG	2				
CLARITHROMYC TAB 500MG	CLARITHROMYCIN TAB 500 MG	2				
CLARITHROMYC TAB 500MG ER	CLARITHROMYCIN TAB ER24HR500 MG	3				
CLINDAMYCIN CAP 150MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 150 MG	2				
CLINDAMYCIN CAP 300MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 300 MG	2				
CLINDAMYCIN CAP 75MG	CLINDAMYCIN HCL CAP 75 MG	2				
CLINDAMYCIN CRE 2% VAG	CLINDAMYCIN PHOSPHATE VAGINAL CREAM 2%	2				STI*
CLINDAMYCIN SOL 75MG/5ML	CLINDAMYCIN PALMITATE HCL FOR SOLN 75 MG/ 5ML (BASE EQUIV)	3				
DEMECLOCYCL TAB 150MG	DEMECLOCYCLINE HCL TAB 150 MG	3				
DEMECLOCYCL TAB 300MG	DEMECLOCYCLINE HCL TAB 300 MG	3				
DICLOXACILL CAP 250MG	DICLOXACILLIN SODIUM CAP 250 MG	2				
DICLOXACILL CAP 500MG	DICLOXACILLIN SODIUM CAP 500 MG	2				
DOXYCYC MONO CAP 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 100 MG	2				STI*
DOXYCYC MONO CAP 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 50 MG	2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 100 MG	2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 150MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 150 MG	2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 50MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 50 MG	2				STI*
DOXYCYC MONO TAB 75MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE TAB 75 MG	2				STI*
DOXYCYCL HYC CAP 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE CAP 100 MG	2				STI*
DOXYCYCL HYC CAP 50MG	DOXYCYCLINE HYCLATE CAP 50 MG	2				STI*
DOXYCYCL HYC TAB 100MG	DOXYCYCLINE HYCLATE TAB 100 MG	2				STI*
DOXYCYCLINE SUS 25MG/5ML	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE FOR SUSP 25 MG/5ML	3				STI*
DOXYCYCLINE TAB 20MG	DOXYCYCLINE HYCLATE TAB 20 MG	2				STI*
ERYTHROCIN TAB 250MG	ERYTHROMYCIN STEARATE TAB 250 MG	5				STI*
ERYTHROM ETH SUS 200/5ML	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE FOR SUSP 200MG/5ML	3				STI*
ERYTHROM ETH SUS 400/5ML	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE FOR SUSP 400MG/5ML	3				STI*
ERYTHROM ETH TAB 400MG	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE TAB 400 MG	3				STI*
ERYTHROMYCIN CAP 250MG EC	ERYTHROMYCIN W/ DELAYED RELEASE PARTICLES CAP 250 MG	3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 250MG	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG	3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG	3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 250 MG	3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 333MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 333 MG	3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 500MG	ERYTHROMYCIN TAB 500 MG	3				STI*
ERYTHROMYCIN TAB 500MG BS	ERYTHROMYCIN TAB 500 MG	3				STI*

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ERYTHROMYCIN TAB 500MG EC	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 500 MG	3				STI*
FOSFOMYCIN POW 3GM	FOSFOMYCIN TROMETHAMINE POWD PACK3 GM (BASE EQUIVALENT)	3				
GENTAMICIN CRE 0.1%	GENTAMICIN SULFATE CREAM 0.1%	3				
GENTAMICIN OIN 0.1%	GENTAMICIN SULFATE OINT 0.1%	3				
HUMATIN CAP 250MG	PAROMOMYCIN SULFATE CAP 250 MG	5				
LEVOFLOXACIN SOL 25MG/ML	LEVOFLOXACIN ORAL SOLN 25 MG / ML	3				STI*
LEVOFLOXACIN TAB 250MG	LEVOFLOXACIN TAB 250 MG	2				STI*
LEVOFLOXACIN TAB 500MG	LEVOFLOXACIN TAB 500 MG	2				STI*
LEVOFLOXACIN TAB 750MG	LEVOFLOXACIN TAB 750 MG	2				STI*
LINEZOLID SUS 100/5ML	LINEZOLID FOR SUSP 100 MG/5ML	3		X		
LINEZOLID TAB 600MG	LINEZOLID TAB 600 MG	3		X		
MAFENIDE ACE PAK 57°	MAFENIDE ACETATE PACKET FOR TOPICAL SOLN 57° (50 GM)	3				
METHENAM HIP TAB 1GM	METHENAMINE HIPPURATE TAB 1 GM	3				
M ETRO NIDAZO L GEL 0.757°VAG	METRONIDAZOLE VAGINAL GEL 0.757°	2				STI*
M ETRO NIDAZO L TAB 250MG	METRONIDAZOLE TAB 250 MG	2				STI*
M ETRO NIDAZO L TAB 500MG	METRONIDAZOLE TAB 500 MG	2				STI*
MINOCYCLINE CAP 100MG	MINOCYCLINE HCL CAP 100 MG	2				
MINOCYCLINE CAP 50MG	MINOCYCLINE HCL CAP 50 MG	2				
MINOCYCLINE CAP 75MG	MINOCYCLINE HCL CAP 75 MG	2				
MONDOXYNE NL CAP 100MG	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 100 MG	2				STI*
MOXIFLOXACIN TAB 400MG	MOXIFLOXACIN HCL TAB 400 MG (BASE EQUIV)	2				STI*
MUPIROCIN ORE 27°	MUPIROCIN CALCIUM CREAM 27°	3		X		
MUPIROCIN OIN 27°	MUPIROCIN OINT 27°	2		X		
NEOMYCIN TAB 500MG	NEOMYCIN SULFATE TAB 500 MG	2				
NEO-SYNALAR ORE	NEOMYCIN SULFATE-FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5-0.0257°	5		X		
NEO-SYNALAR KIT	NEOMYCIN-FLUOCINOLONE CREAM 0.5-0.0257°& EMOLLIENT CR KIT	5		X		
NITROFUR MAC CAP 100MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE CAP 100 MG	3				
NITROFUR MAC CAP 25MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE CAP 25 MG	3				
NITROFUR MAC CAP 50MG	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALLINE CAP 50 MG	3				
NITROFURANTN CAP 100MG	NITROFURANTOIN MONOHYDRATE MACROCRYSTALLINE CAP 100 MG	2				
NITROFURANTN SUS 25MG/5ML	NITROFURANTOIN SUSP 25 MG/ 5ML	3				
OFLOXACIN TAB 300MG	OFLOXACIN TAB 300 MG	3				
OFLOXACIN TAB 400MG	OFLOXACIN TAB 400 MG	3				
PENICILLN VKSOL125/5ML	PENICILLIN V POTASSIUM FOR SOLN 125 MG /5ML	2				
PENICILLN VKSOL250/5ML	PENICILLIN V POTASSIUM FOR SOLN 250 MG /5ML	2				
PENICILLN VK TAB 250MG	PENICILLIN V POTASSIUM TAB 250 MG	2				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PENICILLIN VK TAB 500MG	PENICILLIN V POTASSIUM TAB 500 MG	2				
SILVER SULFACRE 17°	SILVER SULFADIAZINE CREAM 17°	2				
SMZ/TMP DS TAB 800-160	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 800-160 MG	2				STI*
SMZ-TMP SUS 200-40/5	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSP 200-40 MG/5ML	2				STI*
SMZ-TMP TAB 400-80MG	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 400-80 MG	2				STI*
SMZ-TMP DS TAB 800-160	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM TAB 800-160 MG	2				STI*
SSD CRE1%	SILVER SULFADIAZINE CREAM 1%	2				
SULFADIAZINE TAB 500MG	SULFADIAZINE TAB 500 MG	3				
SULFAMYLON CRE 85MG/GM	MAFENIDE ACETATE CREAM 85 MG/ GM	5				
SULFATRIM PD SUS 200-40/5	SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSP 200-40 MG/5ML	2				STI*
TETRACYCLINE CAP 250MG	TETRACYCLINE HCL CAP 250 MG	2				
TETRACYCLINE CAP 500MG	TETRACYCLINE HCL CAP 500 MG	2				
TINIDAZOLE TAB 250MG	TINIDAZOLE TAB 250 MG	2				STI*
TINIDAZOLE TAB 500MG	TINIDAZOLE TAB 500 MG	2				STI*
TRIMETHOPRIM TAB 100MG	TRIMETHOPRIM TAB 100 MG	2				
VANCOMYCIN CAP 125MG	VANCOMYCIN HCL CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
VANCOMYCIN CAP 250MG	VANCOMYCIN HCL CAP 250 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
VANCOMYCIN SOL 250/5ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG / ML (BASE EQUIVALENT)	3				
VANCOMYCIN SOL 25MG/ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 25 MG/ ML (BASE EQUIVALENT)	3				
VANCOMYCIN SOL 50MG/ML	VANCOMYCIN HCL FOR ORAL SOLN 50 MG / ML (BASE EQUIVALENT)	3				
VANDAZOLE GEL 0.75%	METRONIDAZOLE VAGINAL GEL 0.75%	3				STI*
XEPI CRE 1%	OZENOXACIN CREAM 1%	5		X		
XIFAXAN TAB 200MG	RIFAXIMIN TAB 200 MG	5	X	X		
XIFAXAN TAB 550MG	RIFAXIMIN TAB 550 MG	5	X	X		
<b>Antiepilépticos</b>						
APTOM TAB 200MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 200 MG	5	X	X		
APTOM TAB 400MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 400 MG	5	X	X		
APTOM TAB 600MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 600 MG	5	X	X		
APTOM TAB 800MG	ESLICARBAZEPINE ACETATE TAB 800 MG	5	X	X		
CARBAMAZEPIN CAP 100MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER 12HR100 MG	3				BH*
CARBAMAZEPIN CAP 200MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER 12HR 200 MG	3				BH*
CARBAMAZEPIN CAP 300MG ER	CARBAMAZEPINE CAP ER12HR300 MG	3				BH*
CARBAMAZEPIN CHW100MG	CARBAMAZEPINE CHEW TAB 100 MG	2				BH*
CARBAMAZEPIN SUS 100/5ML	CARBAMAZEPINE SUSP 100 MG/5ML	3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 100MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR100 MG	3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 100MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR100 MG	3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 200MG	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	2				BH*

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CARBAMAZEPIN TAB 200MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER 12HR 200 MG	3				BH*
CARBAMAZEPIN TAB 400MG ER	CARBAMAZEPINE TAB ER12HR400 MG	3				BH*
CLOBAZAM SUS 2.5MG/ML	CLOBAZAM SUSPENSION 2.5 MG/ ML	3	X	X		BH*
CLOBAZAM TAB 10MG	CLOBAZAM TAB 10 MG	3	X	X		BH*
CLOBAZAM TAB 20MG	CLOBAZAM TAB 20 MG	3	X	X		BH*
DIACOMITCAP 250MG	STIRIPENTOL CAP 250 MG	6	X	X		SP
DIACOMIT CAP 500MG	STIRIPENTOL CAP 500 MG	6	X	X		SP
DIACOMIT PAK 250MG	STIRIPENTOL PACKET 250 MG	6	X	X		SP
DIACOMIT PAK500MG	STIRIPENTOL PACKET 500 MG	6	X	X		SP
DIAZEPAM GEL10MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 10 MG	3		X		
DIAZEPAM GEL2.5MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 2.5 MG	3		X		
DIAZEPAM GEL20MG	DIAZEPAM RECTAL GEL DELIVERY SYSTEM 20 MG	3		X		
DILANTIN CAP 30MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 30 MG	5				BH*
DIVALPROEX CAP 125MG	DIVALPROEX SODIUM CAP DELAYED RELEASE SPRINKLE 125 MG	2				BH*
DIVALPROEX TAB 125MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 125 MG	2				BH*
DIVALPROEX TAB 250MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 250 MG	2				BH*
DIVALPROEX TAB 250MG ER	DIVALPROEX SODIUM TAB ER 24 HR 250 MG	2				BH*
DIVALPROEX TAB 500MG DR	DIVALPROEX SODIUM TAB DELAYED RELEASE 500 MG	2				BH*
DIVALPROEX TAB 500MG ER	DIVALPROEX SODIUM TAB ER 24 HR 500 MG	2				BH*
EPITOL TAB 200MG	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	2				BH*
ETHOSUXIMIDE CAP 250MG	ETHOSUXIMIDE CAP 250 MG	3				
ETHOSUXIMIDE SOL 250/5ML	ETHOSUXIMIDE SOLN 250 MG/ 5ML	3				
FELBAMATE SUS 600/5ML	FELBAMATESUSP600 MG/5ML	3				
FELBAMATE TAB 400MG	FELBAMATE TAB 400 MG	3				
FELBAMATE TAB 600MG	FELBAMATE TAB 600 MG	3				
FYCOMPASUS 0.5MG/ML	PERAMPANEL SUSP 0.5 MG/ ML	5	X	X		
GABAPENTIN CAP 100MG	GABAPENTIN CAP 100 MG	2				BH*
GABAPENTIN CAP 200MG	GABAPENTIN CAP 300 MG	2				BH*
GABAPENTIN CAP 400MG	GABAPENTIN CAP 400 MG	2				BH*
GABAPENTIN SOL 250/5ML	GABAPENTIN ORAL SOLN 250 MG/ 5ML	2				BH*
GABAPENTIN TAB 600MG	GABAPENTIN TAB 600 MG	2				BH*
GABAPENTIN TAB 800MG	GABAPENTIN TAB 800 MG	2				BH*
LACOSAMIDE SOL 100/10ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ ML	3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 10MG/ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ ML	3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 150/15ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ ML	3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 200/20ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ ML	3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 50/5ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ ML	3	X	X		
LACOSAMIDE SOL 50MG/5ML	LACOSAMIDE ORAL SOLUTION 10 MG/ ML	3	X	X		
LACOSAMIDE TAB 100MG	LACOSAMIDE TAB 100 MG	3	X	X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
LACOSAMIDE TAB 150MG	LACOSAMIDE TAB 150 MG	3	X	X		
LACOSAMIDE TAB 200MG	LACOSAMIDE TAB 200 MG	3	X	X		
LACOSAMIDE TAB 50MG	LACOSAMIDE TAB 50 MG	3	X	X		
LAMOTRIGINE CHW 25MG	LAMOTRIGINE TAB CHEWABLE DISPERSIBLE 25 MG	2				BH*
LAMOTRIGINE CHW 5MG	LAMOTRIGINE TAB CHEWABLE DISPERSIBLE 5 MG	2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 100MG	LAMOTRIGINE TAB 100 MG	2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 150MG	LAMOTRIGINE TAB 150 MG	2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 200MG	LAMOTRIGINE TAB 200 MG	2				BH*
LAMOTRIGINE TAB 25MG	LAMOTRIGINE TAB 25 MG	2				BH*
LEVETIRACETA SOL 100MG/ML	LEVETIRACETAM ORAL SOLN 100 MG / ML	2				BH*
LEVETIRACETA SOL 500/5ML	LEVETIRACETAM ORAL SOLN 100 MG/ ML	2				BH*
LEVETIRACETA TAB 1000MG	LEVETIRACETAM TAB 1000 MG	2				BH*
LEVETIRACETA TAB 250MG	LEVETIRACETAM TAB 250 MG	2				BH*
LEVETIRACETA TAB 500MG	LEVETIRACETAM TAB 500 MG	2				BH*
LEVETIRACETA TAB 500MG ER	LEVETIRACETAM TAB ER24HR500 MG	2				BH*
LEVETIRACETA TAB 750MG	LEVETIRACETAM TAB 750 MG	2				BH*
LEVETIRACETA TAB 750MG ER	LEVETIRACETAM TAB ER24HR750 MG	2				BH*
METHSUXIMIDE CAP 300MG	METHSUXIMIDE CAP 300 MG	3				
OXCARBAZEPIN SUS300MG/5M	OXCARBAZEPINE SUSP300 MG/5ML (60 MG /ML)	3				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 150MG	OXCARBAZEPINE TAB 150 MG	2				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 300MG	OXCARBAZEPINE TAB 300 MG	2				BH*
OXCARBAZEPIN TAB 600MG	OXCARBAZEPINE TAB 600 MG	2				BH*
PHENOBARB ELX20MG/5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR20 MG/ 5ML	2				
PHENOBARB SOL 20MG/5ML	PHENOBARBITAL ELIXIR20 MG/ 5ML	2				
PHENOBARB TAB 100MG	PHENOBARBITAL TAB 100 MG	2				
PHENOBARB TAB 15MG	PHENOBARBITAL TAB 15 MG	2				
PHENOBARB TAB 16.2MG	PHENOBARBITAL TAB 16.2 MG	2				
PHENOBARB TAB 30MG	PHENOBARBITAL TAB 30 MG	2				
PHENOBARB TAB 32.4MG	PHENOBARBITAL TAB 32.4 MG	2				
PHENOBARB TAB 60MG	PHENOBARBITAL TAB 60 MG	2				
PHENOBARB TAB 64.8MG	PHENOBARBITAL TAB 64.8 MG	2				
PHENOBARB TAB 972MG	PHENOBARBITAL TAB 97.2 MG	2				
PHENYTEKCAP 200MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 200 MG	2				BH*
PHENYTEKCAP 300MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 300 MG	2				BH*
PHENYTOIN CHW50MG	PHENYTOIN CHEW TAB 50 MG	2				BH*
PHENYTOIN SUS 100/4ML	PHENYTOIN SUSP 125 MG/5ML	2				BH*
PHENYTOIN SUS 125/5ML	PHENYTOIN SUSP 125 MG/5ML	2				BH*
PHENYTOIN EX CAP 100MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 100 MG	2				BH*
PHENYTOIN EX CAP 200MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 200 MG	2				BH*
PHENYTOIN EX CAP 300MG	PHENYTOIN SODIUM EXTENDED CAP 300 MG	2				BH*
PRIMIDONE TAB 125MG	PRIMIDONE TAB 125 MG	2				
PRIMIDONE TAB 250MG	PRIMIDONE TAB 250 MG	2				
PRIMIDONE TAB 50MG	PRIMIDONE TAB 50 MG	2				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ROWEEPRA TAB 500MG	LEVETIRACETAM TAB 500 MG	2				BH*
RUFINAMIDE SUS 40MG/ML	RUFINAMIDE SUSP40 MG/ ML	3	X			
RUFINAMIDE TAB 200MG	RUFINAMIDE TAB 200 MG	3	X			
RUFINAMIDE TAB 400MG	RUFINAMIDE TAB 400 MG	3	X			
SUBVENITE TAB 100MG	LAMOTRIGINE TAB 100 MG	2				BH*
SUBVENITE TAB 150MG	LAMOTRIGINE TAB 150 MG	2				BH*
SUBVENITE TAB 200MG	LAMOTRIGINE TAB 200 MG	2				BH*
SUBVENITE TAB 25MG	LAMOTRIGINE TAB 25 MG	2				BH*
TIAGABINE TAB 12MG	TIAGABINE HCL TAB 12 MG	3				
TIAGABINE TAB 16MG	TIAGABINE HCL TAB 16 MG	3				
TIAGABINE TAB 2MG	TIAGABINE HCL TAB 2 MG	3				
TIAGABINE TAB 4MG	TIAGABINE HCL TAB 4 MG	3				
TOPIRAMATE CAP 15MG	TOPIRAMATE SPRINKLE CAP 15 MG	3				BH*
TOPIRAMATE CAP 25MG	TOPIRAMATE SPRINKLE CAP 25 MG	3				BH*
TOPIRAMATE TAB 100MG	TOPIRAMATE TAB 100 MG	2				BH*
TOPIRAMATE TAB 200MG	TOPIRAMATE TAB 200 MG	2				BH*
TOPIRAMATE TAB 25MG	TOPIRAMATE TAB 25 MG	2				BH*
TOPIRAMATE TAB 50MG	TOPIRAMATE TAB 50 MG	2				BH*
VALPROIC ACD CAP 250MG	VALPROIC ACID CAP 250 MG	2				BH*
VALPROIC ACV SOL 250/5ML	VALPROATE SODIUM ORAL SOLN 250 MG/ 5ML (BASE EQUIV)	2				BH*
VIGABATRIN PAK 500MG	VIGABATRIN POWD PACK500 MG	6	X	X		SP
VIGABATRIN TAB 500MG	VIGABATRIN TAB 500 MG	6	X	X		SP
VIGADRONE POW500MG	VIGABATRIN POWD PACK 500 MG	6	X	X		SP
VIGPODER POW 500MG	VIGABATRIN POWD PACK 500 MG	6	X	X		SP
ZONISAMIDE CAP 100MG	ZONISAMIDE CAP 100 MG	2				
ZONISAMIDE CAP 25MG	ZONISAMIDE CAP 25 MG	2				
ZONISAMIDE CAP 50MG	ZONISAMIDE CAP 50 MG	2				
<b>Antidemenciales</b>						
DONEPEZIL TAB 10MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE TAB 10 MG	2		X		
DONEPEZIL TAB 10MG ODT	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG	2		X		
DONEPEZIL TAB 5MG	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE TAB 5 MG	2		X		
DONEPEZIL TAB 5MG ODT	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	2		X		
GALANTAMINE CAP 16MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER24HR 16 MG	3		X		
GALANTAMINE CAP 24MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER24HR 24 MG	3		X		
GALANTAMINE CAP 8MG ER	GALANTAMINE HYDROBROMIDE CAP ER24HR 8 MG	3		X		
GALANTAMINE SOL 4MG/ML	GALANTAMINE HYDROBROMIDE ORAL SOLN 4 MG/ML	3		X		
GALANTAMINE TAB 12MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 12 MG	3		X		
GALANTAMINE TAB 4MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 4 MG	3		X		
GALANTAMINE TAB 8MG	GALANTAMINE HYDROBROMIDE TAB 8 MG	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
MEMANTTITRA PAK 5-10MG	MEMANTINE HCL TAB 28 X 5 MG & 21X10 MG TIT RATION PACK	2		X		
MEMANTINE SOL 2MG/ML	MEMANTINE HCL ORAL SOLUTION 2 MG/ ML	3		X		
MEMANTINE TAB 10MG	MEMANTINE HCL TAB 10 MG	2		X		
MEMANTINE TAB 5MG	MEMANTINE HCL TAB 5 MG	2		X		
MEMANTINE TAB HCL10MG	MEMANTINE HCL TAB 10 MG	2		X		
MEMANTINE TAB HCL 5MG	MEMANTINE HCL TAB 5 MG	2		X		
MEMANTINE HC SOL 2MG/ML	MEMANTINE HCL ORAL SOLUTION 2 MG/ ML	3		X		
RIVASTIGMINE CAP 1.5MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 1.5 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
RIVASTIGMINE CAP 3MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 3 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
RIVASTIGMINE CAP 4.5MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 4.5 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
RIVASTIGMINE CAP 6MG	RIVASTIGMINE TARTRATE CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
RIVASTIGMINE DIS 13.3/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR13.3 MG/ 24HR	3		X		
RIVASTIGMINE DIS 4.6MG/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR4.6 MG/24HR	3		X		
RIVASTIGMINE DIS 9.5MG/24	RIVASTIGMINE TD PATCH 24HR9.5 MG/ 24HR	3		X		
<b>Antidepresivos</b>						
AMITRIPTYLIN TAB 100MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 100 MG	1				
AMITRIPTYLIN TAB 10MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 10 MG	1				
AMITRIPTYLIN TAB 150MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 150 MG	1				
AMITRIPTYLIN TAB 25MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 25 MG	1				
AMITRIPTYLIN TAB 50MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 50 MG	1				
AMITRIPTYLIN TAB 75MG	AMITRIPTYLINE HCL TAB 75 MG	1				
AMOXAPINE TAB 100MG	AMOXAPINE TAB 100 MG	1				
AMOXAPINE TAB 150MG	AMOXAPINE TAB 150 MG	1				
AMOXAPINE TAB 25MG	AMOXAPINE TAB 25 MG	1				
AMOXAPINE TAB 50MG	AMOXAPINE TAB 50 MG	1				
BUPROPION TAB 100MG	BUPROPION HCL TAB 100 MG	1				
BUPROPION TAB 100MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR100 MG	1				
BUPROPION TAB 150MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR150 MG	1				
BUPROPION TAB 200MG SR	BUPROPION HCL TAB ER 12HR 200 MG	1				
BUPROPION TAB 75MG	BUPROPION HCL TAB 75 MG	1				
BUPROPION HCL TAB 150MG XL	BUPROPION HCL TAB ER 24HR150 MG	1		X		
BUPROPION HCL TAB 300MG XL	BUPROPION HCL TAB ER24HR300 MG	1		X		
CDP/AMITRIP TAB 10-25MG	CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE TAB 10-25 MG	1				
CDP/AMITRIP TAB 5-12.5MG	CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE TAB 5-12.5 MG	1				
CITALOPRAM SOL 10MG/5ML	CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL SOLN 10 MG/5ML	1				
CITALOPRAM TAB 10MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 10 MG (BASE EQUIV)	1				
CITALOPRAM TAB 20MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 20 MG (BASE EQUIV)	1				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CITALOPRAM TAB 40MG	CITALOPRAM HYDROBROMIDE TAB 40 MG (BASE EQUIV)	1				
CLOMIPRAMINE CAP 25MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 25 MG	1				
CLOMIPRAMINE CAP 50MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 50 MG	1				
CLOMIPRAMINE CAP 75MG	CLOMIPRAMINE HCL CAP 75 MG	1				
DESIPRAMINE TAB 100MG	DESIPRAMINE HCL TAB 100 MG	1				
DESIPRAMINE TAB 10MG	DESIPRAMINE HCL TAB 10 MG	1				
DESIPRAMINE TAB 150MG	DESIPRAMINE HCL TAB 150 MG	1				
DESIPRAMINE TAB 25MG	DESIPRAMINE HCL TAB 25 MG	1				
DESIPRAMINE TAB 50MG	DESIPRAMINE HCL TAB 50 MG	1				
DESIPRAMINE TAB 75MG	DESIPRAMINE HCL TAB 75 MG	1				
DESVENLAFAX TAB 100MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 100 MG (BASE EQUIV)	1		X		
DESVENLAFAX TAB 25MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 25 MG (BASE EQUIV)	1		X		
DESVENLAFAX TAB 50MG ER	DESVENLAFAXINE SUCCINATE TAB ER 24HR 50 MG (BASE EQUIV)	1		X		
DOXEPIN HCL CAP 100MG	DOXEPIN HCL CAP 100 MG	1				
DOXEPIN HCL CAP 10MG	DOXEPIN HCL CAP 10 MG	1				
DOXEPIN HCL CAP 150MG	DOXEPIN HCL CAP 150 MG	1				
DOXEPIN HCL CAP 25MG	DOXEPIN HCL CAP 25 MG	1				
DOXEPIN HCL CAP 50MG	DOXEPIN HCL CAP 50 MG	1				
DOXEPIN HCL CAP 75MG	DOXEPIN HCL CAP 75 MG	1				
DOXEPIN HCL CON 10MG/ML	DOXEPIN HCL CONC10 MG/ ML	1				
ESCITALOPRAM SOL 5MG/5ML	ESCITALOPRAM OXALATE SOLN 5 MG/ 5ML (BASE EQUIV)	1				
ESCITALOPRAM TAB 10MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 10 MG (BASE EQUIV)	1				
ESCITALOPRAM TAB 20MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 20 MG (BASE EQUIV)	1				
ESCITALOPRAM TAB 5MG	ESCITALOPRAM OXALATE TAB 5 MG (BASE EQUIV)	1				
FLUOXETINE CAP 10MG	FLUOXETINE HCL CAP 10 MG	1				
FLUOXETINE CAP 20MG	FLUOXETINE HCL CAP 20 MG	1				
FLUOXETINE CAP 40MG	FLUOXETINE HCL CAP 40 MG	1				
FLUOXETINE CAP 90MG DR	FLUOXETINE HCL CAP DELAYED RELEASE 90 MG	1		X		
FLUOXETINE SOL 20MG/5ML	FLUOXETINE HCL SOLUTION 20 MG/ 5ML	1				
FLUOXETINE TAB 10MG	FLUOXETINE HCL (PMDD) TAB 10 MG	1		X		
FLUOXETINE TAB 10MG	FLUOXETINE HCL TAB 10 MG	1		X		
FLUOXETINE TAB 20MG	FLUOXETINE HCL (PMDD) TAB 20 MG	1		X		
FLUOXETINE TAB 20MG	FLUOXETINE HCL TAB 20 MG	1		X		
FLUVOXAMINE CAP 100MG ER	FLUVOXAMINE MALEATE CAP ER24HR100 MG	1		X		
FLUVOXAMINE CAP 150MG ER	FLUVOXAMINE MALEATE CAP ER24HR150 MG	1		X		
FLUVOXAMINE TAB 100MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 100 MG	1				
FLUVOXAMINE TAB 25MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 25 MG	1				
FLUVOXAMINE TAB 50MG	FLUVOXAMINE MALEATE TAB 50 MG	1				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
IMIPRAM HCL TAB 10MG	IMIPRAMINE HCL TAB 10 MG	1				
IMIPRAM HCL TAB 25MG	IMIPRAMINE HCL TAB 25 MG	1				
IMIPRAM HCL TAB 50MG	IMIPRAMINE HCL TAB 50 MG	1				
IMIPRAM PAM CAP 100MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 100 MG	1				
IMIPRAM PAM CAP 125MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 125 MG	1				
IMIPRAM PAM CAP 150MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 150 MG	1				
IMIPRAM PAM CAP 75MG	IMIPRAMINE PAMOATE CAP 75 MG	1				
MARPLAN TAB 10MG	ISOCARBOXAZID TAB 10 MG	1				
MIRTAZAPINE TAB 15MG	MIRTAZAPINE TAB 15 MG	1				
MIRTAZAPINE TAB 15MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 15 MG	1				
MIRTAZAPINE TAB 30MG	MIRTAZAPINE TAB 30 MG	1				
MIRTAZAPINE TAB 30MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 30 MG	1				
MIRTAZAPINE TAB 45MG	MIRTAZAPINE TAB 45 MG	1				
MIRTAZAPINE TAB 45MG ODT	MIRTAZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 45 MG	1				
MIRTAZAPINE TAB 75MG	MIRTAZAPINE TAB 75 MG	1				
NEFAZODONE TAB 100MG	NEFAZODONE HCL TAB 100 MG	1				
NEFAZODONE TAB 150MG	NEFAZODONE HCL TAB 150 MG	1				
NEFAZODONE TAB 200MG	NEFAZODONE HCL TAB 200 MG	1				
NEFAZODONE TAB 250MG	NEFAZODONE HCL TAB 250 MG	1				
NEFAZODONE TAB 50MG	NEFAZODONE HCL TAB 50 MG	1				
NORTRIPTY LIN CAP 10MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 10 MG	1				
NORTRIPTY LIN CAP 25MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 25 MG	1				
NORTRIPTY LIN CAP 50MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 50 MG	1				
NORTRIPTYLIN CAP 75MG	NORTRIPTYLINE HCL CAP 75 MG	1				
NORTRIPTYLIN SOL 10MG/5ML	NORTRIPTYLINE HCL SOLN 10 MG/ 5ML	1				
OLANZA/FLUOX CAP 12-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 12-25 MG	1		X		
OLANZA/FLUOX CAP 12-50MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 12-50 MG	1		X		
OLANZA/FLUOX CAP 3-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 3-25 MG	1		X		
OLANZA/FLUOX CAP 6-25MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 6-25 MG	1		X		
OLANZA/FLUOX CAP 6-50MG	OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL CAP 6-50 MG	1		X		
PAROXETIN ER TAB 12.5MG	PAROXETINE HCL TAB ER24HR 12.5 MG	1		X		
PAROXETIN ER TAB 375MG	PAROXETINE HCL TAB ER24HR375 MG	1		X		
PAROXETINE SUS 10MG/5ML	PAROXETINE HCL ORAL SUSP 10 MG/ 5ML (BASE EQUIV)	1				
PAROXETINE TAB 10MG	PAROXETINE HCL TAB 10 MG	1				
PAROXETINE TAB 20MG	PAROXETINE HCL TAB 20 MG	1				
PAROXETINE TAB 25MG ER	PAROXETINE HCL TAB ER24HR 25 MG	1		X		
PAROXETINE TAB 30MG	PAROXETINE HCL TAB 30 MG	1				
PAROXETINE TAB 40MG	PAROXETINE HCL TAB 40 MG	1				
PERPHEN/AMIT TAB 2-10MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 2-10 MG	1				
PERPHEN/AMIT TAB 2-25MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 2-25 MG	1				
PERPHEN/AMIT TAB 4-10MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-10 MG	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PERPHEN/AMIT TAB 4-25MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-25 MG	1				
PERPHEN/AMIT TAB 4-50MG	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE TAB 4-50 MG	1				
PHENELZINE TAB 15MG	PHENELZINE SULFATE TAB 15 MG	1				
PROTRIPTYLIN TAB 10MG	PROTRIPTYLINE HCL TAB 10 MG	1				
PROTRIPTYLIN TAB 5MG	PROTRIPTYLINE HCL TAB 5 MG	1				
SERTRALINE CON 20MG/ML	SERTRALINE HCL ORAL CONCENTRATE FOR SOLUTION 20 MG/ML	1				
SERTRALINE TAB 100MG	SERTRALINE HCL TAB 100 MG	1				
SERTRALINE TAB 25MG	SERTRALINE HCL TAB 25 MG	1				
SERTRALINE TAB 50MG	SERTRALINE HCL TAB 50 MG	1				
TRANLYCYPROM TAB 10MG	TRANLYCYPROMINE SULFATE TAB 10 MG	1				
TRAZODONE TAB 100MG	TRAZODONE HCL TAB 100 MG	1				
TRAZODONE TAB 150MG	TRAZODONE HCL TAB 150 MG	1				
TRAZODONE TAB 300MG	TRAZODONE HCL TAB 300 MG	1				
TRAZODONE TAB 50MG	TRAZODONE HCL TAB 50 MG	1				
TRIMIPRAMINE CAP 100MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 100 MG	1				
TRIMIPRAMINE CAP 25MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 25 MG	1				
TRIMIPRAMINE CAP 50MG	TRIMIPRAMINE MALEATE CAP 50 MG	1				
VENLAFAXINE CAP 150MG ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER24HR150 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VENLAFAXINE CAP 375 ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER24HR375 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VENLAFAXINE CAP 75MG ER	VENLAFAXINE HCL CAP ER24HR75 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VENLAFAXINE TAB 100MG	VENLAFAXINE HCL TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VENLAFAXINE TAB 25MG	VENLAFAXINE HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VENLAFAXINE TAB 375MG	VENLAFAXINE HCL TAB 375 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VENLAFAXINE TAB 50MG	VENLAFAXINE HCL TAB 50 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VENLAFAXINE TAB 75MG	VENLAFAXINE HCL TAB 75 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VILAZODONE TAB 10MG	VILAZODONE HCL TAB 10 MG	1		X		
VILAZODONE TAB 20MG	VILAZODONE HCL TAB 20 MG	1		X		
VILAZODONE TAB 40MG	VILAZODONE HCL TAB 40 MG	1		X		
<b>Antieméticos</b>						
APREPITANT CAP 125MG	APREPITANT CAPSULE 125 MG	3		X		
APREPITANT CAP 40MG	APREPITANT CAPSULE 40 MG	3		X		
APREPITANT CAP 80MG	APREPITANT CAPSULE 80 MG	3		X		
APREPITANT PAK 80 & 125	APREPITANT CAPSULE THERAPY PACK 80 & 125 MG	3		X		
DRONABINOL CAP 10MG	DRONABINOL CAP 10 MG	3				
DRONABINOL CAP 2.5MG	DRONABINOL CAP 2.5 MG	3				
DRONABINOL CAP 5MG	DRONABINOL CAP 5 MG	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
EMEND SUS 125MG	APREPITANT FOR ORAL SUSP 125 MG (125 MG /5ML)	3		X		
GRANISETRON TAB IMG	GRANISETRON HCL TAB 1 MG	3		X		
MECLIZINE TAB 25MG	MECLIZINE HCL TAB 25 MG	2				
MECLIZINE TAB 50MG	MECLIZINE HCL TAB 50 MG	3				
METOCLOPRAM SOL 10/10ML	METOCLOPRAMIDE HCLSOLN 5MG/5ML(10 MG/10ML) (BASE EQUIV)	2				
METOCLOPRAM SOL 5MG/5ML	METOCLOPRAMIDE HCLSOLN 5MG/5ML(10 MG/10ML) (BASE EQUIV)	2				
METOCLOPRAM TAB 10MG	METOCLOPRAMIDE HOL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
METOCLOPRAM TAB 5MG	METOCLOPRAMIDE HOL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
ONDANSETRON SOL 4MG/5ML	ONDANSETRON HCL ORAL SOLN 4 MG/ 5ML	2				
ONDANSETRON TAB 24MG	ONDANSETRON HCL TAB 24 MG	2				
ONDANSETRON TAB 4MG	ONDANSETRON HCL TAB 4 MG	2				
ONDANSETRON TAB 4MG ODT	ONDANSETRON ORALLY DISINTEGRATING TAB 4 MG	2				
ONDANSETRON TAB 8MG	ONDANSETRON HCL TAB 8 MG	2				
ONDANSETRON TAB 8MG ODT	ONDANSETRON ORALLY DISINTEGRATING TAB 8 MG	2				
PERPHENAZINE TAB 16MG	PERPHENAZINE TAB 16 MG	1				
PERPHENAZINE TAB 2MG	PERPHENAZINE TAB 2 MG	1				
PERPHENAZINE TAB 4MG	PERPHENAZINE TAB 4 MG	1				
PERPHENAZINE TAB 8MG	PERPHENAZINE TAB 8 MG	1				
PROCHLORPER TAB 10MG	PROCHLORPERAZINE MALEATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
PROCHLORPER TAB 5MG	PROCHLORPERAZINE MALEATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
SCOPOLAMINE DIS 1MG/3DAY	SCOPOLAMINE TD PATCH 72HR1 MG/ 3DAYS	3				
TRIMETHOBENZ CAP 300MG	TRIMETHOBENZAMIDE HCL CAP300 MG	2				
VARUBI TAB 90MG	ROLAPITANT HCL TAB THERAPY PACK 2 X 90 MG (BASE EQUIV)	3		X		
<b>Antimicóticos</b>						
CICLODAN SOL 8%	CICLOPIROX SOLUTION 8%	2				
CICLOPIROX ORE 0.77%	CICLOPIROX OLAMINE CREAM 0.77% (BASE EQUIV)	2				
CICLOPIROX GEL 0.77%	CICLOPIROX GEL 0.77%	2				
CICLOPIROX SHA1%	CICLOPIROX SHAMPOO 1%	2				
CICLOPIROX SOL 8%	CICLOPIROX SOLUTION 8%	2				
CICLOPIROX SUS 0.77%	CICLOPIROX OLAMINE SUSP 0.77% (BASE EQUIV)	2				
CLOTRIM/BETA ORE DIPROP	CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHASONE CREAM 1-0.05%	2		X		
CLOTRIM/BETA LOT DIPROP	CLOTRIMAZOLE W/ BETAMETHASONE LOTION 1-0.05%	3				
CLOTRIMAZOLE TRO 10MG	CLOTRIMAZOLE TROCHE 10 MG	2				
ECONAZOLE ORE 1%	ECONAZOLE NITRATE CREAM 1%	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
EXELDERM ORE 1%	SULCONAZOLE NITRATE CREAM 1%	5				
EXELDERM SOL 1%	SULCONAZOLE NITRATE SOLUTION 1%	5				
FLUCONAZOLE SUS 10MG/ML	FLUCONAZOLE FOR SUSP 10 MG / ML	2				STI*
FLUCONAZOLE SUS 40MG/ML	FLUCONAZOLE FOR SUSP 40 MG/ ML	2				STI*
FLUCONAZOLE TAB 100MG	FLUCONAZOLE TAB 100 MG	2				STI*
FLUCONAZOLE TAB ISOMG	FLUCONAZOLE TAB 150 MG	2				STI*
FLUCONAZOLE TAB 200MG	FLUCONAZOLE TAB 200 MG	2				STI*
FLUCONAZOLE TAB 50MG	FLUCONAZOLE TAB 50 MG	2				STI*
FLUCYDOSINE CAP 250MG	FLUCYDOSINE CAP 250 MG	3				
FLUCYDOSINE CAP 500MG	FLUCYDOSINE CAP 500 MG	3				
GRISEOFULVIN SUS 125/5ML	GRISEOFULVIN MICROSIZED SUSP 125 MG/ 5ML	3				
GRISEOFULVIN TAB MICR500	GRISEOFULVIN MICROSIZED TAB 500 MG	3				
GRISEOFULVIN TAB ULTR125	GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZED TAB 125 MG	3				
GRISEOFULVIN TAB ULTR 250	GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZED TAB 250 MG	3				
GYNAZOLE-1 ORE 2%	BUTOCONAZOLE NITRATE (ONE DOSE) VAGINAL CREAM 2%	5				STI*
ITRACONAZOLE CAP 100MG	ITRACONAZOLE CAP 100 MG	3		X		
ITRACONAZOLE SOL 100/10ML	ITRACONAZOLE ORAL SOLN 10 MG/ ML	3		X		
ITRACONAZOLE SOL 10MG/ML	ITRACONAZOLE ORAL SOLN 10 MG/ ML	3		X		
KETOCONAZOLE ORE 2%	KETOCONAZOLE CREAM 2%	2		X		
KETOCONAZOLE SHA 2%	KETOCONAZOLE SHAMPOO 2%	2				
KETOCONAZOLE TAB 200MG	KETOCONAZOLE TAB 200 MG	2				
KLAYESTA POW100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT/ GM	2		X		
LULICONAZOLE ORE 1%	LULICONAZOLE CREAM 1%	5		X		
MENTAX ORE 1%	BUTENAFINE HCL CREAM 1%	5				
MICONAZOLE 3 SUP 200MG	MICONAZOLE NITRATE VAGINAL SUPPOS 200 MG	2				
NAFTIFINE CRE HCL1%	NAFTIFINE HCL CREAM 1%	3				
NAFTIFINE CRE HCL 2%	NAFTIFINE HCL CREAM 2%	3				
NYAMYC POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT/ GM	2		X		
NYSTAT/TRIAM CRE	NYSTATIN-TRIAMCINOLONE CREAM 100000-0.1 UNIT/GM-%	2				
NYSTAT/TRIAM OIN	NYSTATIN-TRIAMCINOLONE OINT 100000-0.1 UNIT/ GM-%	2				
NYSTATIN CRE 100000	NYSTATIN CREAM 100000 UNIT/ GM	2				
NYSTATIN OIN 100000	NYSTATIN OINT 100000 UNIT/ GM	2				
NYSTATIN OIN 100000U	NYSTATIN OINT 100000 UNIT/ GM	2				
NYSTATIN POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT/ GM	2		X		
NYSTATIN SUS 100000	NYSTATIN SUSP 100000 UNIT/ ML	2				
NYSTATIN TAB 500000	NYSTATIN TAB 500000 UNIT	2				
NYSTOP POW 100000	NYSTATIN TOPICAL POWDER 100000 UNIT/ GM	2		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
POSACONAZOLE TAB 100MG DR	POSACONAZOLE TAB DELAYED RELEASE 100 MG	3		X		
SULCONAZOLE CRE 1%	SULCONAZOLE NITRATE CREAM 1%	5				
SULCONAZOLE SOL 1%	SULCONAZOLE NITRATE SOLUTION 1%	5				
TERBINAFINE TAB 250MG	TERBINAFINE HCL TAB 250 MG	2		X		
TERCONAZOLE CRE 0.4%	TERCONAZOLE VAGINAL CREAM 0.4%	2				STI*
TERCONAZOLE CRE 0.8%	TERCONAZOLE VAGINAL CREAM 0.8%	2				STI*
TERCONAZOLE SUP 80MG	TERCONAZOLE VAGINAL SUPPOS 80 MG	3				STI*
VORICONAZOLE SUS 40MG/ML	VORICONAZOLE FOR SUSP 40 MG/ ML	3				
VORICONAZOLE TAB 200MG	VORICONAZOLE TAB 200 MG	3		X		
VORICONAZOLE TAB 50MG	VORICONAZOLE TAB 50 MG	3		X		
<b>Antigotosos</b>						
ALLOPURINOL TAB 100MG	ALLOPURINOL TAB 100 MG	2				
ALLOPURINOL TAB 300MG	ALLOPURINOL TAB 300 MG	2				
COLCHICINE TAB 0.6MG	COLCHICINE TAB 0.6 MG	2		X		
FEBUXOSTAT TAB 40MG	FEBUXOSTAT TAB 40 MG	2		X	X	
FEBUXOSTAT TAB 80MG	FEBUXOSTAT TAB 80 MG	2		X	X	
PROBEN/ COLCH TAB 500-0.5	COLCHICINE W/ PROBENECID TAB 0.5-500 MG	2				
PROBENECID TAB 500MG	PROBENECID TAB 500 MG	2				
<b>Antimigrañosos</b>						
AIMOVIG INJ 140MG/ML	ERENUMAB-AOOE SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 140 MG/ ML	3	X	X		
AIMOVIG INJ 70MG/ML	ERENUMAB-AOOE SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 70 MG/ ML	3	X	X		
ALMOTRIP MAL TAB 12.5MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 12.5 MG	3		X	X	
ALMOTRIP MAL TAB 6.25MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 6.25 MG	3		X	X	
ALMOTRIPTAN TAB 12.5MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 12.5 MG	3		X	X	
ALMOTRIPTAN TAB 6.25MG	ALMOTRIPTAN MALATE TAB 6.25 MG	3		X	X	
DIHYDROERGOT INJ 1MG/ML	DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE INJ 1 MG/ ML	3		X		
ELETRIPTAN TAB 20MG	ELETRIPTAN HYDROBROMIDE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	3		X	X	
ELETRIPTAN TAB 40MG	ELETRIPTAN HYDROBROMIDE TAB 40 MG (BASE EQUIVALENT)	3		X	X	
EMGALITY INJ 100MG/ML	GALCANEZUMAB-GNLM SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYR 100 MG/ ML	3	X	X		
EMGALITY INJ 120MG/ML	GALCANEZUMAB-GNLM SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR 120 MG / ML	3	X	X		
EMGALITY INJ 120MG/ML	GALCANEZUMAB-GNLM SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYR 120 MG/ ML	3	X	X		
ERGOMARSUB 2MG	ERGOTAMINE TARTRATE SL TAB 2 MG	5		X		
ERGOT/CAFFEN TAB 1-100MG	ERGOTAMINE W/ CAFFEINE TAB 1-100 MG	3				
FROVATRIPTAN TAB 2.5MG	FROVATRIPTAN SUCCINATE TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	3		X	X	
MIGERGOT SUP 2/100	ERGOTAMINE W / CAFFEINE SUPPOS 2-100 MG	5				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
NARATRIPTAN TAB IMG	NARATRIPTAN HCL TAB 1 MG (BASE EQUIV)	2		X		
NARATRIPTAN TAB 2.5MG	NARATRIPTAN HCL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	2		X		
RIZATRIPTAN TAB 10MG	RIZATRIPTAN BENZOATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
RIZATRIPTAN TAB 10MG ODT	RIZATRIPTAN BENZOATE ORAL DISINTEGRATING TAB 10 MG (BASE EQ)	2		X		
RIZATRIPTAN TAB 5MG	RIZATRIPTAN BENZOATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
RIZATRIPTAN TAB 5MG ODT	RIZATRIPTAN BENZOATE ORAL DISINTEGRATING TAB 5 MG (BASE EQ)	2		X		
SUMAT-NAPROX TAB 85-500MG	SUMATRIPTAN-NAPROXEN SODIUM TAB 85-500 MG	3		X	X	
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTOINJECTOR 4 MG/0.5ML	3		X		
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 4 MG/ 0.5ML	3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/.5ML	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTOINJECTORS MG/0.5ML	3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG/ 0.5ML	3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTOINJECTORS MG/0.5ML	3		X		
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 6 MG / 0.5ML	3		X		
SUMATRIPTAN SPR20MG/ACT	SUMATRIPTAN NASAL SPRAY 20 MG / ACT	3		X		
SUMATRIPTAN SPR 5MG/ACT	SUMATRIPTAN NASAL SPRAY 5 MG/ACT	3		X		
SUMATRIPTAN TAB 100MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 100 MG	2		X		
SUMATRIPTAN TAB 25MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 25 MG	2		X		
SUMATRIPTAN TAB 50MG	SUMATRIPTAN SUCCINATE TAB 50 MG	2		X		
UBRELVY TAB 100MG	UBROGEPANT TAB 100 MG	3	X	X		
UBRELVY TAB 50MG	UBROGEPANT TAB 50 MG	3	X	X		
ZOLMITRIPTAN SPR2.5MG	ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY 2.5 MG/ SPRAY UNIT	5		X	X	
ZOLMITRIPTAN SPR5MG	ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY5 MG/SPRAY UNIT	3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG	ZOLMITRIPTAN ORALLY DISINTEGRATING TAB 2.5 MG	3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 2.5MG	ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG	3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG	ZOLMITRIPTAN TAB 5 MG	3		X	X	
ZOLMITRIPTAN TAB 5MG ODT	ZOLMITRIPTAN ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	3		X	X	
<b>Antimiasténicos</b>						
PYRIDOSTIGM TAB 60MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE TAB 60 MG	2				
PYRIDOSTIGMI SOL 60MG/5ML	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE ORAL SOLN 60 MG/5ML	3				
PYRIDOSTIGMI TAB ER 180MG	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE TAB ER 180 MG	3				
<b>Antimicobacterianos</b>						
CYCLOSERINE CAP 250MG	CYCLOSERINE CAP 250 MG	3				
DAPSONE TAB 100MG	DAPSONE TAB 100 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
DAPSONE TAB 25MG	DAPSONE TAB 25 MG	2				
ETHAMBUTOL TAB 100MG	ETHAMBUTOL HCL TAB 100 MG	2				
ETHAMBUTOL TAB 400MG	ETHAMBUTOL HCL TAB 400 MG	2				
ISONIAZID SYP 50MG/5ML	ISONIAZID SYRUP 50 MG/ 5ML	3				
ISONIAZID TAB 100MG	ISONIAZID TAB 100 MG	2				
ISONIAZID TAB 300MG	ISONIAZID TAB 300 MG	2				
PASERGRA4GM	AMINOSALICYLIC ACID DELAYED RELEASE GRANULES PACKET4 GM	5				
PRIFTIN TAB 150MG	RIFAPENUNE TAB 150 MG	3				
PYRAZINAMIDE TAB 500MG	PYRAZINAMIDE TAB 500 MG	3				
RIFABUTIN CAP 150MG	RIFABUTIN CAP 150 MG	3				
RIFAMPIN CAP 150MG	RIFAMPIN CAP 150 MG	2				
RIFAMPIN CAP Z00MG	RIFAMPIN CAP ZOO MG	2				
TRECTOR TAB 250MG	ETHIONAMIDE TAB 250 MG	3				
<b>Antineoplásicos</b>						
ABIRATERONE TAB 250MG	ABIRATERONE ACETATE TAB 250 MG	4	X	X		SP
ABIRATERONE TAB 500MG	ABIRATERONE ACETATE TAB 500 MG	4	X	X		SP
ALECENSA CAP 150MG	ALECHNIB HCL CAP 150 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
ANASTROZOLE TAB 1MG	ANASTROZOLE TAB 1 MG	2				PRV*
BEXAROTENE CAP 75MG	BEXAROTENE CAP 75 MG	6				SP
BEXAROTENE GEL 17°	BEXAROTENE GEL 17°	6		X		SP
BICALUTAMIDE TAB 50MG	BICALUTAMIDE TAB 50 MG	2				
BOSULIF CAP 100MG	BOSUTINIB CAP 100 MG	6	X	X		SP
BOSULIF CAP 50MG	BOSUTINIB CAP 50 MG	6	X	X		SP
BOSULIF TAB 100MG	BOSUTINIB TAB 100 MG	6	X	X		SP
BOSULIF TAB 400MG	BOSUTINIB TAB 400 MG	6	X	X		SP
BOSULIF TAB 500MG	BOSUTINIB TAB 500 MG	6	X	X		SP
CAPECI TAB IN E TAB 150MG	CAPECI TAB INE TAB 150 MG	6				SP
CAPECI TAB IN E TAB 500MG	CAPECI TAB INE TAB 500 MG	6				SP
CAPRELSA TAB 100MG	VANDETANIB TAB 100 MG	6	X	X		SP
CAPRELSA TAB Z00MG	VANDETANIB TAB ZOO MG	6	X	X		SP
COMETRIQ KIT 100MG	CABOZANTINIB S-MAL CAP 1X 80 MG & 1X 20 MG (100 DOSE) KIT	6	X	X		SP
COMETRIQ KIT 140MG	CABOZANTINIB S-MAL CAP 1X80MG&3X20 MG (140 DOSE) KIT	6	X	X		SP
COMETRIQ KIT 60MG	CABOZANTINIB S-MALATE CAP 3 X 20 MG (60 MG DOSE) KIT	6	X	X		SP
COTELLIC TAB 20MG	COBIMETINIB FUMARATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
CYCLOPHOSPH CAP 25MG	CYCLOPHOSPHAMIDE CAP 25 MG	3				
CYCLOPHOSPH CAP 50MG	CYCLOPHOSPHAMIDE CAP 50 MG	3				
CYCLOPHOSPH TAB 25MG	CYCLOPHOSPHAMIDE TAB 25 MG	5				
CYCLOPHOSPH TAB 50MG	CYCLOPHOSPHAMIDE TAB 50 MG	5				
DICLOFENAC GEL 37°	DICLOFENAC SODIUM (ACTINIC KERATOSES) GEL 37°	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
DROXIA CAP 200MG	HYDROXYUREA CAP 200 MG	5				
DROXIA CAP ZOOMG	HYDROXYUREA CAP ZOO MG	5				
DROXIA CAP 400MG	HYDROXYUREA CAP 400 MG	5				
EMCYT CAP 140 MG	ESTRAMUSHNE PHOSPHATE SODIUM CAP 140 MG	5				
ERLEADA TAB 240MG	APALUTAMIDE TAB 240 MG	4	X	X		SP
ERLEADA TAB 60MG	APALUTAMIDE TAB 60 MG	4	X	X		SP
ERLOTINIB TAB 100MG	ERLOTINIB HCL TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
ERLOTINIB TAB 150MG	ERLOTINIB HCL TAB 150 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
ERLOTINIB TAB 25MG	ERLOTINIB HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
ETOPOSIDE CAP 50MG	ETOPOSIDE CAP 50 MG	6				SP
EVEROLIMUS TAB 10MG	EVEROLIMUS TAB 10 MG	6	X	X		SP
EVEROLIMUS TAB 2.5MG	EVEROLIMUS TAB 2.5 MG	6	X	X		SP
EVEROLIMUS TAB 5MG	EVEROLIMUS TAB 5 MG	6	X	X		SP
EVEROLIMUS TAB 75MG	EVEROLIMUS TAB 75 MG	6	X	X		SP
EXEMESTANE TAB 25MG	EXEMESTANE TAB 25 MG	3				PRV*
FLUOROURACIL ORE 0.5%	FLUOROURACIL CREAM 0.5%	5		X		
FLUOROURACIL ORE 5%	FLUOROURACIL CREAM 5%	2		X		
FLUOROURACIL SOL 2%	FLUOROURACIL SOLN 2%	2				
FLUOROURACIL SOL 5%	FLUOROURACIL SOLN 5%	2				
FLUTAMIDE CAP 125MG	FLUTAMIDE CAP 125 MG	3				
GEFIUNIB TAB 250MG	GEFIUNIB TAB 250 MG	6	X	X		SP
GLEOSHNE CAP 100MG	LOMUSHNE CAP 100 MG	6				SP
GLEOSTINE CAP 10MG	LOMUSHNE CAP 10 MG	6				SP
GLEOSTINE CAP 40MG	LOMUSTINE CAP40 MG	6				SP
HYCAMUN CAP 0.25MG	TOPOTECAN HCL CAP 0.25 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
HYCAMUN CAP IMG	TOPOTECAN HCL CAP 1 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
HYDROXYUREA CAP 500MG	HYDROXYUREA CAP 500 MG	2				
IMATINIB MES TAB 100MG	IMATINIB MESYLATE TAB 100 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
IMATINIB MES TAB 400MG	IMATINIB MESYLATE TAB 400 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
IMBRUVICA CAP 140MG	IBRUHNBIB CAP 140 MG	4	X	X		SP
IMBRUVICA CAP 70MG	IBRUTINIB CAP 70 MG	4	X	X		SP
IMBRUVICA SUS 70MG/ML	IBRUHNBIB ORAL SUSP 70 MG/ ML	4	X	X		SP
IMBRUVICA TAB 140MG	IBRUTINIB TAB 140 MG	4	X	X		SP
IMBRUVICA TAB 280MG	IBRUTINIB TAB 280 MG	4	X	X		SP
IMBRUVICA TAB 420MG	IBRUTINIB TAB 420 MG	4	X	X		SP
IMBRUVICA TAB 560MG	IBRUTINIB TAB 560 MG	4	X	X		SP
JAKAFI TAB 10MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
JAKAFI TAB 15M G	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 15 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
JAKAFI TAB 20MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
JAKAFI TAB 25MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
JAKAFI TAB 5MG	RUXOLITINIB PHOSPHATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
LENALIDOMIDE CAP 10MG	LENALIDOMIDE CAP 10 MG	6	X	X		SP
LENALIDOMIDE CAP 15MG	LENALIDOMIDE CAP 15 MG	6	X	X		SP
LENALIDOMIDE CAP 2.5MG	LENALIDOMIDE CAPS 2.5 MG	6	X	X		SP
LENALIDOMIDE CAP 20MG	LENALIDOMIDE CAP 20 MG	6	X	X		SP
LENALIDOMIDE CAP 25MG	LENALIDOMIDE CAP 25 MG	6	X	X		SP
LENALIDOMIDE CAP 5MG	LENALIDOMIDE CAP 5 MG	6	X	X		SP
LENVIMA CAP 10 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 10 MG (10 MG DAILY DOSE)	6	X	X		SP
LENVIMA CAP 12MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 3 X 4 MG (12 MG DAILY DOSE)	6	X	X		SP
LENVIMA CAP 14 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 10 & 4 MG (14 MG DAILY DOSE)	6	X	X		SP
LENVIMA CAP 18 MG	LENVATINIB CAP THER PACK 10MG&2X4MG (18 MG DAILY DOSE)	6	X	X		SP
LENVIMA CAP 20 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 2 X10 MG (20 MG DAILY DOSE)	6	X	X		SP
LENVIMA CAP 24 MG	LENVATINIB CAP THER PACK 2X10MG&4MG (24 MG DAILY DOSE)	6	X	X		SP
LENVIMA CAP 4MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 4 MG (4 MG DAILY DOSE)	6	X	X		SP
LENVIMA CAP 8 MG	LENVATINIB CAP THERAPY PACK 2X4 MG (8 MG DAILY DOSE)	6	X	X		SP
LETROZOLE TAB 2.5MG	LETROZOLE TAB 2.5 MG	2				PRV*
LEUCOVOR CA TAB 10MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 10 MG	2				
LEUCOVOR CA TAB 15MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 15 MG	2				
LEUCOVOR CA TAB 25MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 25 MG	2				
LEUCOVOR CA TAB 5MG	LEUCOVORIN CALCIUM TAB 5 MG	2				
LEUKERAN TAB 2MG	CHLORAMBUCIL TAB 2 MG	5				
LORBRENA TAB 100MG	LORLATINIB TAB 100 MG	6	X	X		SP
LORBRENA TAB 25MG	LORLATINIB TAB 25 MG	6	X	X		SP
MATULANE CAP 50MG	PROCARBAZINE HCL CAP 50 MG	6				SP
MELPHALAN TAB 2MG	MELPHALAN TAB 2 MG	3				
MERCAPTOPUR TAB 50MG	MERCAPTOPURINE TAB 50 MG	2				
MESNEX TAB 400MG	MESNA TAB 400 MG	4				SP
MYLERAN TAB 2MG	BUSULFAN TAB 2 MG	5				
NILUTAMIDE TAB 150MG	NILUTAMIDE TAB 150 MG	4				SP
NUBEQA TAB Z00MG	DAROLUTAMIDE TAB ZOO MG	4	X	X		SP
PIQRAY 200MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB THERAPY PACK 200 MG DAILY DOSE	6	X	X		SP
PIQRAY 250MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB PACK 250 MG DAILY DOSE (200 MG & 50 MG TAB S)	6	X	X		SP

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PIQRAY300MG TAB DOSE	ALPELISIB TAB PACK300 MG DAILY DOSE (2X150 MG TAB )	6	X	X		SP
POMALYST CAP 1MG	POMALIDOMIDE CAP 1 MG	6	X	X		SP
POMALYST CAP 2MG	POMALIDOMIDE CAP 2 MG	6	X	X		SP
POMALYST CAP 3MG	POMALIDOMIDE CAP 3 MG	6	X	X		SP
POMALYST CAP 4MG	POMALIDOMIDE CAP 4 MG	6	X	X		SP
ROZLYTREK CAP 100MG	ENTRECTINIB CAP 100 MG	4	X	X		SP
ROZLYTREK CAP 200MG	ENTRECTINIB CAP 200 MG	4	X	X		SP
ROZLYTREK PAK50MG	ENTRECTINIB PELLETT PACK 50 MG	4	X	X		SP
SORAFENIB TAB 200MG	SORAFENIB TOSYLATE TAB 200 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
STIVARGA TAB 40MG	REGORAFENIB TAB 40 MG	4	X	X		SP
SUNITINIB CAP 12.5MG	SUNITINIB MALATE CAP 12.5 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
SUNITINIBCAP 25MG	SUNITINIB MALATE CAP 25 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
SUNITINIB CAP 375MG	SUNITINIB MALATE CAP 37.5 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
SUNITINIBCAP 50MG	SUNITINIB MALATE CAP 50 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
SYNRIBO INJ 3.5MG	OMACETAXINE MEPESUCCINATE FOR INJ 3.5 MG	6	X	X		SP
TAB LOID TAB 40MG	THIOGUANINE TAB 40 MG	6				SP
TALZENNA CAP 0.1MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.1 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
TALZENNA CAP 0.25MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.25 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
TALZENNA CAP 0.35MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.35 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
TALZENNA CAP 0.5MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.5 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
TALZENNA CAP 0.75MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 0.75 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
TALZENNA CAP 1MG	TALAZOPARIB TOSYLATE CAP 1 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
TAMOXIFEN TAB 10MG	TAMOXIFEN CITRATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
TAMOXIFEN TAB 20MG	TAMOXIFEN CITRATE TAB 20 MG (BASE EQUIVALENT)	2				PRV*
TEMOZOLOMIDE CAP 100MG	TEMOZOLOMIDE CAP 100 MG	6	X			SP
TEMOZOLOMIDE CAP 140MG	TEMOZOLOMIDE CAP 140 MG	6	X			SP
TEMOZOLOMIDE CAP 180MG	TEMOZOLOMIDE CAP 180 MG	6	X			SP
TEMOZOLOMIDE CAP 20MG	TEMOZOLOMIDE CAP 20 MG	6	X			SP
TEMOZOLOMIDE CAP 250MG	TEMOZOLOMIDE CAP 250 MG	6	X			SP
TEMOZOLOMIDE CAP 5MG	TEMOZOLOMIDE CAP 5 MG	6	X			SP
THALOMID CAP 100MG	THALIDOMIDE CAP 100 MG	6	X	X		SP
THALOMID CAP 150MG	THALIDOMIDE CAP 150 MG	6	X	X		SP
THALOMID CAP 200MG	THALIDOMIDE CAP 200 MG	6	X	X		SP

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
THALOMID CAP 50MG	THALIDOMIDE CAP 50 MG	6	X	X		SP
TOREMIFENE TAB 60MG	TOREMIFENE CITRATE TAB 60 MG (BASE EQUIVALENT)	3				
TRETINOIN CAP 10MG	TRETINOIN CAP 10 MG	6		X		SP
TURALIO CAP 125MG	PEXIDARTINIB HCL CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
TURALIO CAP 200MG	PEXIDARTINIB HCL CAP 200 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
VENCLEXTA TAB 100MG	VENETOCLAX TAB 100 MG	6	X	X		SP
VENCLEXTA TAB 10MG	VENETOCLAX TAB 10 MG	6	X	X		SP
VENCLEXTA TAB 50MG	VENETOCLAX TAB 50 MG	6	X	X		SP
VENCLEXTA TAB START PK	VENETOCLAX TAB THERAPY STARTER PACK 10 & 50 & 100 MG	6	X	X		SP
VERZENIO TAB 100MG	ABEMACICLIB TAB 100 MG	4	X	X		SP
VERZENIO TAB 150MG	ABEMACICLIB TAB 150 MG	4	X	X		SP
VERZENIO TAB 200MG	ABEMACICLIB TAB 200 MG	4	X	X		SP
VERZENIO TAB 50MG	ABEMACICLIB TAB 50 MG	4	X	X		SP
VITRAKVI CAP 100MG	LAROTRECTINIB SULFATE CAP 100 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
VITRAKVI CAP 25MG	LAROTRECTINIB SULFATE CAP 25 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
VITRAKVI SOL 20MG/ML	LAROTRECTINIB SULFATE ORAL SOLN 20 MG / ML (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
XOSPATA TAB 40MG	GILTERITINIB FUMARATE TAB LET 40 MG (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
ZELBORAF TAB 240MG	VEMURAFENIB TAB 240 MG	6	X	X		SP
ZOLINZA CAP 100MG	VORINOSTAT CAP 100 MG	6		X		SP
ZYKADIA TAB 150 MG	CERIUNIB TAB 150 MG	6	X	X		SP
<b>Antiparasitarios</b>						
ALBENDAZOLE TAB 200MG	ALBENDAZOLE TAB 200 MG	3	X	X		
ALINIA SUS 100/5ML	NITAZOXANIDE FOR SUSP 100 MG / 5ML	3		X		
ATOVAQ/PROGU TAB 250-100	ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL TAB 250-100 MG	3				
ATOVAQ/PROGU TAB 62.5-25	ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL TAB 62.5-25 MG	3				
ATOVAQUONE SUS 750/5ML	ATOVAQUONE SUSP 750 MG/ 5ML	3				
BENZNIDAZOLE TAB 100MG	BENZNIDAZOLE TAB 100 MG	3	X	X		
BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG	BENZNIDAZOLE TAB 12.5 MG	3	X	X		
CHLOROQUINE TAB 250MG	CHLOROQUINE PHOSPHATE TAB 250 MG	2		X		
CHLOROQUINE TAB 500MG	CHLOROQUINE PHOSPHATE TAB 500 MG	2		X		
CROTAN LOT 10%	CROTAMITON LOTION 10%	5				
EGATEN TAB 250MG	TRICLABENDAZOLE TAB 250 MG	5	X			
HYDROXYCHLOR TAB 100MG	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TAB 100 MG	2		X		
HYDROXYCHLOR TAB 200MG	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE TAB 200 MG	2		X		
IVERMECTIN LOT 0.5%	IVERMECTIN LOTION 0.5%	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
IVERMECTIN TAB 3MG	IVERMECTIN TAB 3 MG	2	X	X		sn*
MALATHION LOT 0.5%	MALATHION LOTION 0.5%	3				sn*
MEFLOQUINE TAB 250MG	MEFLOQUINE HCL TAB 250 MG	2				
NITAZOXANIDE TAB 500MG	NITAZOXANIDE TAB 500 MG	3		X		
PENTAMIDINE INH Z00MG	PENTAMIDINE ISETHIONATE FOR NEBULIZAHON SOLN 300 MG	3		X		
PERMETHRIN ORE 5%	PERMETHRIN CREAM 5%	2				sn*
PRAZIQUANTEL TAB 600MG	PRAZIQUANTEL TAB 600 MG	3				
PRIMAQUINE TAB 26.3MG	PRIMAQUINE PHOSPHATE TAB 26.3 MG (15 MG BASE)	2				
PYRIMETHAMIN TAB 25MG	PYRIMETHAMINE TAB 25 MG	6	X			SP
QUININE SULF CAP 324MG	QUININE SULFATE CAP 324 MG	3				
SPINOSAD SUS 0.9%	SPINOSAD SUSP 0.9%	3				
<b>Antiparkinsonianos</b>						
AMANTADINE CAP 100MG	AMANTADINE HCL CAP 100 MG	2				
AMANTADINE SOL 100/10ML	AMANTADINE HCL SOLN 50 MG/ 5ML	2				
AMANTADINE SOL 50MG/5ML	AMANTADINE HCL SOLN 50 MG/5ML	2				
AMANTADINE TAB 100MG	AMANTADINE HCL TAB 100 MG	2				
APOMORPHINE INJ 30MG/3ML	APOMORPHINE HCL SOLN CARTRIDGE 30 MG /3ML	6		X		SP
BENZTROPINE TAB 0.5MG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 0.5 MG	2				BH*
BENZTROPINE TAB IMG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 1 MG	2				BH*
BENZTROPINE TAB 2MG	BENZTROPINE MESYLATE TAB 2 MG	2				BH*
BROMOCRIPTIN CAP 5MG	BROMOCRIPTINE MESYLATE CAP 5 MG (BASE EQUIVALENT)	3				BH*
BROMOCRIPTIN TAB 2.5MG	BROMOCRIPTINE MESYLATE TAB 2.5 MG (BASE EQUIVALENT)	3				BH*
CARB/LEVO TAB 10-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100 MG	3				
CARB/LEVO TAB 10-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 10-100 MG	2				
CARB/LEVO TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100 MG	3				
CARB/LEVO TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-100 MG	2				
CARB/LEVO TAB 25-250MG	CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250 MG	3				
CARB/LEVO TAB 25-250MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-250 MG	2				
CARB/LEVO 50 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TAB S 12.5-50-200 MG	3				
CARB/LEVO 75 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TAB S 18.75-75-200 MG	3				
CARB/LEVO ER TAB 25-100MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 25-100 MG	2				
CARB/LEVO ER TAB 50-200MG	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 50-200 MG	2				
CARB/LEVOIOO TAB /ENTACAP	CARBIDO PA- LEVO DO PA-E NTACAPONE TAB S 25-100-200 MG	3				
CARB/LEVO125 TAB /ENTACAP	CARBIDO PA- LEVO DO PA-E NTACAPONE TAB S 31.25-125-200 MG	3				
CARB/LEVO150 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TAB S 37.5-150-200 MG	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CARB/LEV0200 TAB /ENTACAP	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE TAB S 50-200-200 MG	3				
CARBIDOPA TAB 25MG	CARBIDOPA TAB 25 MG	3				
DUOPASUS 4.63-20	CARBIDOPA-LEVODOPA ENTERAL SUSP 4.63-20 MG/ML	5	X			
ENTACAPONE TAB 200MG	ENTACAPONE TAB 200 MG	3				
PRAMIPEXOLE TAB 0.125MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.125 MG	2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.25MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.25 MG	2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.5MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.5 MG	2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 0.75MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 0.75 MG	2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB 1.5MG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 1.5 MG	2				BH*
PRAMIPEXOLE TAB IMG	PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE TAB 1 MG	2				BH*
RASAGILINE TAB 0.5MG	RASAGILINE MESYLATE TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	3		X		
RASAGILINE TAB IMG	RASAGILINE MESYLATE TAB 1 MG (BASE EQUIV)	3		X		
ROPINIROLE TAB 0.25MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 0.25 MG	2				
ROPINIROLE TAB 0.5MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 0.5 MG	2				
ROPINIROLE TAB IMG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 1 MG	2				
ROPINIROLE TAB 2MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 2 MG	2				
ROPINIROLE TAB 3MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 3 MG	2				
ROPINIROLE TAB 4MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 4 MG	2				
ROPINIROLE TAB 5MG	ROPINIROLE HYDROCHLORIDE TAB 5 MG	2				
SELEGILINE CAP 5MG	SELEGILINE HCL CAP 5 MG	3				BH*
SELEGILINE TAB 5MG	SELEGILINE HCL TAB 5 MG	3				BH*
TOLCAPONE TAB 100MG	TOLCAPONE TAB 100 MG	3		X		
TRIHEXYPHEN SOL 0.4MG/ML	TRIHEXYPHENIDYL HCL ORAL SOLN 0.4 MG/ML	2				BH*
TRIHEXYPHEN TAB 2MG	TRIHEXYPHENIDYL HCL TAB 2 MG	2				BH*
TRIHEXYPHEN TAB 5MG	TRIHEXYPHENIDYL HCL TAB 5 MG	2				BH*
Antipsychotics						
ARIPIRAZOLE SOL 1MG/ML	ARIPIRAZOLE ORAL SOLUTION 1 MG/ ML	1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 10MG	ARIPIRAZOLE TAB 10 MG	1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 15MG	ARIPIRAZOLE TAB 15 MG	1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 20MG	ARIPIRAZOLE TAB 20 MG	1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 2MG	ARIPIRAZOLE TAB 2 MG	1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 30MG	ARIPIRAZOLE TAB 30 MG	1		X		
ARIPIRAZOLE TAB 5MG	ARIPIRAZOLE TAB 5 MG	1		X		
ASENAPINE SUB 10MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 10 MG (BASE EQUIV)	1		X	X	
ASENAPINE SUB 2.5MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	1		X	X	

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ASENAPINE SUB 5MG	ASENAPINE MALEATE SL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	1		X	X	
CHLORPROMAZ TAB 100MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 100 MG	1				
CHLORPROMAZ TAB 10MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 10 MG	1				
CHLORPROMAZ TAB 200MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 200 MG	1				
CHLORPROMAZ TAB 25MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 25 MG	1				
CHLORPROMAZ TAB 50MG	CHLORPROMAZINE HCL TAB 50 MG	1				
CLOZAPINE TAB 100/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 100 MG	1		X		
CLOZAPINE TAB 100MG	CLOZAPINE TAB 100 MG	1				
CLOZAPINE TAB 12.5/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 12.5 MG	1		X		
CLOZAPINE TAB 150/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 150 MG	1		X		
CLOZAPINE TAB 200/ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 200 MG	1		X		
CLOZAPINE TAB 200MG	CLOZAPINE TAB 200 MG	1				
CLOZAPINE TAB 25MG	CLOZAPINE TAB 25 MG	1				
CLOZAPINE TAB 25MG ODT	CLOZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 25 MG	1		X		
CLOZAPINE TAB 50MG	CLOZAPINE TAB 50 MG	1				
FLUPHENAZINE CON 5MG/ML	FLUPHENAZINE HCL ORAL CONC 5 MG/ ML	1				
FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML	FLUPHENAZINE HCL ELIXIR 2.5 MG/5ML	1				
FLUPHENAZINE TAB 10MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 10 MG	1				
FLUPHENAZINE TAB 1MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 1 MG	1				
FLUPHENAZINE TAB 2.5MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 2.5 MG	1				
FLUPHENAZINE TAB 5MG	FLUPHENAZINE HCL TAB 5 MG	1				
HALOPERIDOL CON 2MG/ML	HALOPERIDOL LACTATE ORAL CONC 2 MG/ ML	1				
HALOPERIDOL TAB 0.5MG	HALOPERIDOL TAB 0.5 MG	1				
HALOPERIDOL TAB 10MG	HALOPERIDOL TAB 10 MG	1				
HALOPERIDOL TAB 1MG	HALOPERIDOL TAB 1 MG	1				
HALOPERIDOL TAB 20MG	HALOPERIDOL TAB 20 MG	1				
HALOPERIDOL TAB 2MG	HALOPERIDOL TAB 2 MG	1				
HALOPERIDOL TAB 5MG	HALOPERIDOL TAB 5 MG	1				
LOXAPINE CAP 10MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 10 MG	1				
LOXAPINE CAP 25MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 25 MG	1				
LOXAPINE CAP 50MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 50 MG	1				
LOXAPINE CAP 5MG	LOXAPINE SUCCINATE CAP 5 MG	1				
LURASIDONE TAB 120MG	LURASIDONE HCL TAB 120 MG	1		X		
LURASIDONE TAB 20MG	LURASIDONE HCL TAB 20 MG	1		X		
LURASIDONE TAB 40MG	LURASIDONE HCL TAB 40 MG	1		X		
LURASIDONE TAB 60MG	LURASIDONE HCL TAB 60 MG	1		X		
LURASIDONE TAB 80MG	LURASIDONE HCL TAB 80 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 10MG	OLANZAPINE TAB 10 MG	1		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
OLANZAPINE TAB 10MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 15MG	OLANZAPINE TAB 15 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 15MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 15 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 2.5MG	OLANZAPINE TAB 2.5 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 20MG	OLANZAPINE TAB 20 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 20MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 20 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 5MG	OLANZAPINE TAB 5 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 5MG ODT	OLANZAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG	1		X		
OLANZAPINE TAB 75MG	OLANZAPINE TAB 75 MG	1		X		
PALIPERIDONE TAB ER1.5MG	PALIPERIDONE TAB ER24HR 1.5 MG	1		X		
PALIPERIDONE TAB ER3MG	PALIPERIDONE TAB ER24HR3 MG	1		X		
PALIPERIDONE TAB ER 6MG	PALIPERIDONE TAB ER24HR 6 MG	1		X		
PALIPERIDONE TAB ER9MG	PALIPERIDONE TAB ER24HR 9 MG	1		X		
PIMOZIDE TAB IMG	PIMOZIDE TAB IMG	1				
PIMOZIDE TAB 2MG	PIMOZIDE TAB 2 MG	1				
QUETIAPINE TAB 100MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 100 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 150MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 150 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 150MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER 24HR150 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 200MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 200 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 200MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER24HR200 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 25MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 25 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 300MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 300 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 300MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER24HR300 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 400MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 400 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 400MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER24HR400 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 50MG	QUETIAPINE FUMARATE TAB 50 MG	1		X		
QUETIAPINE TAB 50MG ER	QUETIAPINE FUMARATE TAB ER24HR50 MG	1		X		
RISPERIDONE SOL 1MG/ML	RISPERIDONE SOLN 1 MG/ ML	1				
RISPERIDONE TAB 0.25 ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	1				
RISPERIDONE TAB 0.25MG	RISPERIDONE TAB 0.25 MG	1				
RISPERIDONE TAB 0.5MG	RISPERIDONE TAB 0.5 MG	1				
RISPERIDONE TAB 0.5MG OD	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	1				
RISPERIDONE TAB IMG	RISPERIDONE TAB IMG	1				
RISPERIDONE TAB IMG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB IMG	1				
RISPERIDONE TAB 2MG	RISPERIDONE TAB 2 MG	1				
RISPERIDONE TAB 2MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	1				
RISPERIDONE TAB 3MG	RISPERIDONE TAB 3 MG	1				
RISPERIDONE TAB 3MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 3 MG	1				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
RISPERIDONE TAB 4MG	RISPERIDONE TAB 4 MG	1				
RISPERIDONE TAB 4MG ODT	RISPERIDONE ORALLY DISINTEGRATING TAB 4 MG	1				
THIORIDAZINE TAB 100MG	THIORIDAZINE HCL TAB 100 MG	1				
THIORIDAZINE TAB 10MG	THIORIDAZINE HCL TAB 10 MG	1				
THIORIDAZINE TAB 25MG	THIORIDAZINE HCL TAB 25 MG	1				
THIORIDAZINE TAB 50MG	THIORIDAZINE HCL TAB 50 MG	1				
THIOTHIXENE CAP 10MG	THIOTHIXENE CAP 10 MG	1				
THIOTHIXENE CAP IMG	THIOTHIXENE CAP 1 MG	1				
THIOTHIXENE CAP 2MG	THIOTHIXENE CAP 2 MG	1				
THIOTHIXENE CAP 5MG	THIOTHIXENE CAP 5 MG	1				
TRIFLUOPERAZ TAB 10MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
TRIFLUOPERAZ TAB IMG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 1 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
TRIFLUOPERAZ TAB 2MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 2 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
TRIFLUOPERAZ TAB 5MG	TRIFLUOPERAZINE HCL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	1				
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	CARIPRAZINE HCL CAP THERAPY PACK 1.5 MG (1)8-3 MG (6)	1		X		
VRAYLAR CAP 1.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 1.5 MG (BASE EQUIVALENT)	1		X		
VRAYLAR CAP 3MG	CARIPRAZINE HCL CAP 3 MG (BASE EQUIVALENT)	1		X		
VRAYLAR CAP 4.5MG	CARIPRAZINE HCL CAP 4.5 MG (BASE EQUIVALENT)	1		X		
VRAYLAR CAP 6MG	CARIPRAZINE HCL CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	1		X		
ZIPRASIDONE CAP 20MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 20 MG	1		X		
ZIPRASIDONE CAP 40MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 40 MG	1		X		
ZIPRASIDONE CAP 60MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 60 MG	1		X		
ZIPRASIDONE CAP 80MG	ZIPRASIDONE HCL CAP 80 MG	1		X		
<b>Antivirales</b>						
ABACA/LAMIVU TAB 600-300M	ABACAVIR SULFATE-LAMIVUDINE TAB 600-300 MG	1		X		
ABACAVIR SOL 20MG/ML	ABACAVIR SULFATE SOLN 20 MG/ ML (BASE EQUIV)	1		X		
ABACAVIR TAB 300MG	ABACAVIR SULFATE TAB 300 MG (BASE EQUIV)	1		X		
ACYCLOVIR CAP 200MG	ACYCLOVIR CAP 200 MG	2				STI*
ACYCLOVIR OIN 5%	ACYCLOVIR OINT 5%	3		X		STI*
ACYCLOVIR SUS 200/5ML	ACYCLOVIR SUSP 200 MG/5ML	2				STI*
ACYCLOVIR TAB 400MG	ACYCLOVIR TAB 400 MG	2				STI*
ACYCLOVIR TAB 800MG	ACYCLOVIR TAB 800 MG	2				STI*
ADEFOV DIPIV TAB 10MG	ADEFOVIR DIPIVOXIL TAB 10 MG	1				
APTIVUSCAP 250MG	TIPRANAVIR CAP 250 MG	1		X		
ATAZANAVIR CAP 150MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 150 MG (BASE EQUIV)	1		X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ATAZANAVIR CAP 200MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 200 MG (BASE EQUIV)	1		X		
ATAZANAVIR CAP 300MG	ATAZANAVIR SULFATE CAP 300 MG (BASE EQUIV)	1		X		
BARACLUDE SOL	ENTECAVIR ORAL SOLN 0.05 MG/ ML	1				
BIKTARVY TAB	BICTEGRAVIR-EMTRICI TAB INE-TENOFOVIR AF TAB 30-120-15 MG	1		X		
BIKTARVY TAB	BICTEGRAVIR-EMTRICI TAB INE-TENOFOVIR AF TAB 50-200-25 MG	1		X		
COMPLERA TAB	EMTRICI TAB INE-RILPIVIRINE-TENOFOVIR DF TAB 200-25-300 MG	1		X		
DARUNAVIR TAB 600MG	DARUNAVIR TAB 600 MG	1		X		
DARUNAVIR TAB 800MG	DARUNAVIR TAB 800 MG	1		X		
DOVATO TAB 50-300MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM-LAMIVUDINE TAB 50-300 MG (BASE EQ)	1		X		
EDURANT TAB 25MG	RILPIVIRINE HCL TAB 25 MG (BASE EQUIVALENT)	1		X		
EFAVIRENZ CAP 200MG	EFAVIRENZ CAP 200 MG	1		X		
EFAVIRENZ CAP 50MG	EFAVIRENZ CAP 50 MG	1		X		
EFAVIRENZ TAB 600MG	EFAVIRENZ TAB 600 MG	1		X		
EMTR/TEN DF TAB 100-150	EMTRICI TAB INE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 100-150 MG	1		X		
EMTR/TEN DF TAB 133-200	EMTRICI TAB INE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 133-200 MG	1		X		
EMTR/TEN DF TAB 167-250	EMTRICI TAB INE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 167-250 MG	1		X		
EMTR/TENOFOV TAB 200-300	EMTRICI TAB INE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 200-300 MG	1		X		
ENTECAVIR TAB 0.5MG	ENTECAVIR TAB 0.5 MG	1				
ENTECAVIR TAB IMG	ENTECAVIR TAB IMG	1				
EPIVIR HBV SOL 5MG/ML	LAMIVUDINE ORAL SOLN 5 MG/ ML (HBV)	1				
ETRAVIRINE TAB 100MG	ETRAVIRINE TAB 100 MG	1		X		
ETRAVIRINE TAB 200MG	ETRAVIRINE TAB 200 MG	1		X		
FAMCICLOVIR TAB 125MG	FAMCICLOVIR TAB 125 MG	2		X		STI*
FAMCICLOVIR TAB 250MG	FAMCICLOVIR TAB 250 MG	2		X		STI*
FAMCICLOVIR TAB 500MG	FAMCICLOVIR TAB 500 MG	2		X		STI*
FOSAMPRENAVI TAB 700MG	FOSAMPRENAVIR CALCIUM TAB 700 MG (BASE EQUIV)	1		X		
FUZEON INJ 90MG	ENFUVIRUDE FOR INJ 90 MG	1		X		
GENVOYA TAB	ELVITEGRAV-COBIC-EMTRICI TAB -TENOFOV AF TAB 150-150-200-10 MG	1		X		
INTELENCE TAB 25MG	ETRAVIRINE TAB 25 MG	1		X		
JULUCA TAB 50-25MG	DOLUTEGRAVIR SODIUM-RILPIVIRINE HCL TAB 50-25 MG (BASE EQ)	1		X		
LAMIVUD/ZIDO TAB 150-300	LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TAB 150-300 MG	1		X		
LAMIVUDINE SOL 10MG/ML	LAMIVUDINE ORAL SOLN 10 MG/ ML	1		X		
LAMIVUDINE TAB 100MG	LAMIVUDINE TAB 100 MG (HBV)	1				
LAMIVUDINE TAB 150MG	LAMIVUDINE TAB 150 MG	1		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
LAMIVUDINE TAB 300MG	LAMIVUDINE TAB 300 MG	1		X		
LEDIP-SOFOSB TAB 90-400MG	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR TAB 90-400 MG	1	X	X		
LEXIVA SUS 50MG/ML	FOSAMPRENAVIR-CALCIUM SUSP 50 MG/ ML (BASE EQUIV)	1		X		
LOPIN/RITON SOL 80-20/ML	LOPINAIVIR-RITONAVIR SOLN 400-100 MG/ 5ML (80-20 MG/ML)	1		X		
LOPIN/RITON TAB 100-25MG	LOPINAIVIR-RITONAVIR TAB 100-25 MG	1		X		
LOPIN/RITON TAB 200-50MG	LOPINAIVIR-RITONAVIR TAB 200-50 MG	1		X		
MARAVIROC TAB 150MG	MARAVIROC TAB 150 MG	1		X		
MARAVIROC TAB 300MG	MARAVIROC TAB 300 MG	1		X		
NEVIRAPINE SUS 50MG/5ML	NEVIRAPINE SUSP 50 MG/ 5ML	1		X		
NEVIRAPINE TAB 200MG	NEVIRAPINE TAB 200 MG	1		X		
NORVIR POW100MG	RITONAVIR POWDER PACKET 100 MG	1		X		
NORVIRSOL80MG/ML	RITONAVIR ORAL SOLN 80 MG/ ML	1		X		
ODEFSEY TAB	EMTRICI TAB INE-RILPIVIRINE-TENOFOVIR AF TAB 200-25-25 MG	1		X		
OSELTAMIVIR CAP 30MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 30 MG (BASE EQUIV)	2		X		
OSELTAMIVIR CAP 45MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 45 MG (BASE EQUIV)	2		X		
OSELTAMIVIR CAP 75MG	OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAP 75 MG (BASE EQUIV)	2		X		
OSELTAMIVIRSUS 6MG/ML	OSELTAMIVIR PHOSPHATE FOR SUSP 6 MG/ ML (BASE EQUIV)	2		X		
PEGASYSINJ	PEGINTERFERON ALFA-2A SOLN PREFILLED SYR 180 MCG/0.5ML	1	X	X		
PEGASYS INJ 180MCG/M	PEGINTERFERON ALFA-2A INJ 180 MCG / ML	1	X	X		
PREZISTASUS100MG/ML	DARUNAVIR ORAL SUSP 100 MG/ ML	1		X		
RELENZA MIS DISKHALE	ZANAMIVIR AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ ACT	5		X		
REYATAZ POW 50MG	ATAZANAVIR SULFATE ORAL POWDER PACKET 50 MG (BASE EQUIV)	1		X		
RIBAVIRIN CAP 200MG	RIBAVIRIN CAP 200 MG	1				
RIBAVIRIN TAB 200MG	RIBAVIRIN TAB 200 MG	1				
RIMANTADINE TAB 100MG	RIMANTADINE HYDROCHLORIDE TAB 100 MG	3				
RITONAVIR TAB 100MG	RITONAVIR TAB 100 MG	1		X		
SELZENTRY SOL 20MG/ML	MARAVIROC ORAL SOLN 20 MG/ ML	1		X		
SELZENTRY TAB 25MG	MARAVIROC TAB 25 MG	1		X		
SELZENTRY TAB 75MG	MARAVIROC TAB 75 MG	1		X		
SOFOS/VELPAT TAB 400-100	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR TAB 400-100 MG	1	X	X		
STAVUDINE CAP 15MG	STAVUDINE CAP 15 MG	1		X		
STAVUDINE CAP 20MG	STAVUDINE CAP 20 MG	1		X		
STAVUDINE CAP 30MG	STAVUDINE CAP 30 MG	1		X		
STAVUDINE CAP 40MG	STAVUDINE CAP 40 MG	1		X		
STRIBILD TAB	ELVITEGRAV-COBI-EMTRICI TAB - TENOFOVDF TAB 150-150-200-300 MG	1		X		
TENOFOVIR TAB 300MG	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 300 MG	1		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
TIVICAY TAB 10 MG	DOLUTEGRAVIRSODIUM TAB 10 MG (BASE EQUIV)	1				
TIVICAY TAB 25MG	DOLUTEGRAVIRSODIUM TAB 25 MG (BASE EQUIV)	1				
TIVICAY TAB 50MG	DOLUTEGRAVIRSODIUM TAB 50 MG (BASE EQUIV)	1				
TRIUM EQ TAB	ABACAVIR-DOLUTEGRAVIR-LAMIVUDINE TAB 600-50-300 MG	1		X		
VALACYCLOVIR TAB 1GM	VALACYCLOVIR HCL TAB 1 GM	2		X		STI*
VALACYCLOVIR TAB 500MG	VALACYCLOVIR HCL TAB 500 MG	2		X		STI*
VALGANCICLOV SOL 50MG/ML	VALGANCICLOVIR HCL FOR SOLN 50 MG/ ML (BASE EQUIV)	3		X		
VALGANCICLOV TAB 450MG	VALGANCICLOVIR HCL TAB 450 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
VIRACEPT TAB 250MG	NELFINAVIR MESYLATE TAB 250 MG	1		X		
VIRACEPT TAB 625MG	NELFINAVIR MESYLATE TAB 625 MG	1		X		
ZIDOVUDINE CAP 100MG	ZIDOVUDINE CAP 100 MG	1		X		
ZIDOVUDINE SYP 50MG/5ML	ZIDOVUDINE SYRUP 10 MG/ ML	1		X		
ZIDOVUDINE TAB 300MG	ZIDOVUDINE TAB 300 MG	1		X		
<b>Ansiolíticos</b>						
ALPRAZOLAM CON 1 MG/ML	ALPRAZOLAM CONC1 MG/ ML	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.25 ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.25MG	ALPRAZOLAM TAB 0.25 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG	ALPRAZOLAM TAB 0.5 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER24HR 0.5 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 0.5MG OD	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB IMG	ALPRAZOLAM TAB 1 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB IMG ER	ALPRAZOLAM TAB ER24HRIMG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB IMG ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB IMG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 2MG	ALPRAZOLAM TAB 2 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 2MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER24HR2 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 2MG ODT	ALPRAZOLAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	1		X		
ALPRAZOLAM TAB 3MG ER	ALPRAZOLAM TAB ER24HR3 MG	1		X		
BUSPIRONE TAB 10MG	BUSPIRONE HCL TAB 10 MG	1				
BUSPIRONE TAB 15MG	BUSPIRONE HCL TAB 15 MG	1				
BUSPIRONE TAB 30MG	BUSPIRONE HCL TAB 30 MG	1				
BUSPIRONE TAB 5MG	BUSPIRONE HCL TAB 5 MG	1				
BUSPIRONE TAB 75MG	BUSPIRONE HCL TAB 75 MG	1				
CHLORDIAZEP CAP 10MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 10 MG	1				
CHLORDIAZEP CAP 25MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 25 MG	1				
CHLORDIAZEP CAP 5MG	CHLORDIAZEPOXIDE HCL CAP 5 MG	1				
CLONAZEP ODT TAB 0.125MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.125 MG	1		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CLONAZEP ODT TAB 0.25MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.25 MG	1		X		
CLONAZEP ODT TAB 0.5MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 0.5 MG	1		X		
CLONAZEP ODT TAB IMG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB IMG	1		X		
CLONAZEP ODT TAB 2MG	CLONAZEPAM ORALLY DISINTEGRATING TAB 2 MG	1		X		
CLONAZEPAM TAB 0.5MG	CLONAZEPAM TAB 0.5 MG	1		X		
CLONAZEPAM TAB IMG	CLONAZEPAM TAB 1 MG	1		X		
CLONAZEPAM TAB 2MG	CLONAZEPAM TAB 2 MG	1		X		
CLORAZ DIPOT TAB 15MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 15 MG	1		X		
CLORAZ DIPOT TAB 3.75MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 3.75 MG	1		X		
CLORAZ DIPOT TAB 75MG	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM TAB 75 MG	1		X		
DIAZEPAM CON 25MG/5ML	DIAZEPAM CONC 5 MG/ ML	1		X		
DIAZEPAM CON 5MG/ML	DIAZEPAM CONC 5 MG/ ML	1		X		
DIAZEPAM SOL 5MG/5ML	DIAZEPAM ORAL SOLN 1 MG/ ML	1				
DIAZEPAM TAB 10MG	DIAZEPAM TAB 10 MG	1		X		
DIAZEPAM TAB 2MG	DIAZEPAM TAB 2 MG	1		X		
DIAZEPAM TAB 5MG	DIAZEPAM TAB 5 MG	1		X		
ESTAZOLAM TAB IMG	ESTAZOLAM TAB 1 MG	2		X		BH*
ESTAZOLAM TAB 2MG	ESTAZOLAM TAB 2 MG	2		X		BH*
HYDROXYZ HCL SYP10MG/5ML	HYDROXYZINE HCL SYRUP 10 MG/ 5ML	1				
HYDROXYZ HCL TAB 10MG	HYDROXYZINE HCL TAB 10 MG	1				
HYDROXYZ HCL TAB 25MG	HYDROXYZINE HCL TAB 25 MG	1				
HYDROXYZ HCL TAB 50MG	HYDROXYZINE HCL TAB 50 MG	1				
HYDROXYZ PAM CAP 100MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 100 MG	1				
HYDROXYZ PAM CAP 25MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 25 MG	1				
HYDROXYZ PAM CAP 50MG	HYDROXYZINE PAMOATE CAP 50 MG	1				
LORAZEPAM CON 2MG/ML	LORAZEPAM CONC 2 MG/ ML	1		X		
LORAZEPAM TAB 0.5MG	LORAZEPAM TAB 0.5 MG	1		X		
LORAZEPAM TAB IMG	LORAZEPAM TAB 1 MG	1		X		
LORAZEPAM TAB 2MG	LORAZEPAM TAB 2 MG	1		X		
MEPROBAMATE TAB 200MG	MEPROBAMATE TAB 200 MG	1				
MEPROBAMATE TAB 400MG	MEPROBAMATE TAB 400 MG	1				
OXAZEPAM CAP 10MG	OXAZEPAM CAP 10 MG	1				
OXAZEPAM CAP 15MG	OXAZEPAM CAP 15 MG	1				
OXAZEPAM CAP 30MG	OXAZEPAM CAP 30 MG	1				
QUAZEPAM TAB 15MG	QUAZEPAM TAB 15 MG	3				BH*
TRIAZOLAM TAB 0.125MG	TRIAZOLAM TAB 0.125 MG	2		X		BH*
TRIAZOLAM TAB 0.25MG	TRIAZOLAM TAB 0.25 MG	2		X		BH*
<b>Agentes bipolares</b>						
EQUETRO CAP 100MG	CARBAMAZEPINE (MOOD) CAP ER12HR 100 MG	1				
EQUETRO CAP 200MG	CARBAMAZEPINE (MOOD) CAP ER12HR 200 MG	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
EQUETRO CAP 300MG	CARBAMAZEPINE (MOOD) CAP ER12HR 300 MG	1				
LITHIUM SOL 8MEQ/5ML	LITHIUM ORAL SOLUTION 8MEQ/5ML	1				
LITHIUM CARB CAP 150MG	LITHIUM CARBONATE CAP 150 MG	1				
LITHIUM CARB CAP 300MG	LITHIUM CARBONATE CAP 300 MG	1				
LITHIUM CARB CAP 600MG	LITHIUM CARBONATE CAP 600 MG	1				
LITHIUM CARB TAB 300MG	LITHIUM CARBONATE TAB 300 MG	1				
LITHIUM CARB TAB 300MG ER	LITHIUM CARBONATE TAB ER 300 MG	1				
LITHIUM CARB TAB 450MG ER	LITHIUM CARBONATE TAB ER 450 MG	1				
<b>Monitoreo de la glucosa en la sangre</b>						
ACCU-CHEK KIT GUIDE	Blood Glucose Monitoring Kitw/ Device	3		X		
ACCU-CHEK KIT GUIDE ME	Blood Glucose Monitoring Kitw/ Device	3		X		
ACCU-CHEK KIT SOFTCLIX	Lancets Kit	3		X		
ACCU-CHEK LIQ GUIDE	Blood Glucose Calibration - Liquid	3		X		
ACCU-CHEK LIQ SMART	Blood Glucose Calibration - Liquid	3		X		
ACCU-CHEK SOL	Blood Glucose Calibration - Liquid	3		X		
ACCU-CHEKTES AVIVA PL	Glucose Blood Test Strip	3		X		
ACCU-CHEKTES GUIDE	Glucose Blood Test Strip	3		X		
ACCU-CHEK TES SMART	Glucose Blood Test Strip	3		X		
AUTOPEN MIS 1-21UNIT	INJECTION DEVICE FOR INSULIN	3				
CONTOUR LOW LIQ CONTROL	Blood Glucose Calibration - Liquid - Low	3		X		
CONTOUR NORM LIQ CONTROL	Blood Glucose Calibration - Liquid - Normal	3		X		
LANCET DEVIC MIS ADJUST	Lancet Devices	3				
LANCETS MIS	Lancets	3				
NOVOPEN ECHO MIS	INJECTION DEVICE FORINSULIN	3				
ONETOUCH KIT ULTRA 2	Blood Glucose Monitoring Kitw/ Device	3		X		
ONETOUCH LIQ ULT CONT	Blood Glucose Calibration - Liquid	3		X		
ONETOUCH TES ULTRA	Glucose Blood Test Strip	3		X		
ONETOUCH TES VERIO	Glucose Blood Test Strip	3		X		
ONETOUCH KIT VERIO FL	Blood Glucose Monitoring Kitw/Device	3		X		
PRODIGY KIT NO CODIN	BLOOD GLUCOSE MONITORING KITW/ DEVICE	5	X	X		
PRODIGY AUTO KIT MONITOR	BLOOD GLUCOSE MONITORING KITW/ DEVICE	5	X	X		
PRODIGY AUTO MIS SYSTEM	Blood Glucose Monitoring Devices	5	X	X		
PRODIGY NO TES CODING	GLUCOSE BLOOD TEST STRIP	5	X	X		
PRODIGY PCKT KIT METER	BLOOD GLUCOSE MONITORING KITW/ DEVICE	5	X	X		
PRODIGY VOIC KIT METER	BLOOD GLUCOSE MONITORING KITW/ DEVICE	5	X	X		
<b>Reguladores de la glucosa en la sangre</b>						
ACARBOSE TAB 100MG	ACARBOSE TAB 100 MG	2		X		
ACARBOSE TAB 25MG	ACARBOSE TAB 25 MG	2		X		
ACARBOSE TAB 50MG	ACARBOSE TAB 50 MG	2		X		
BAQSIMI ONE POW3MG/DOSE	GLUCAGON NASAL POWDER3 MG/ DOSE	1		X		
BAQSIMI TWO POW3MG/DOSE	GLUCAGON NASAL POWDER3 MG/ DOSE	1		X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
BASAGLAR INJ 100 UNIT	INSULIN GLARGINE SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1		X		
BYDUREON BC INJ 2/0.85ML	EXENATIDE EXTENDED RELEASE SUSP AUTOINJECTOR 2 MG / 0.85ML	3	X	X		
DIAZOXIDE SUS 50MG/ML	DIAZOXIDE SUSP 50 MG/ ML	3				
FARXIGA TAB 10 MG	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	3		X		
FARXIGA TAB 5MG	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	3		X		
GLIMEPIRIDE TAB IMG	GLIMEPIRIDE TAB IMG	2		X		
GLIMEPIRIDE TAB 2MG	GLIMEPIRIDE TAB 2 MG	2		X		
GLIMEPIRIDE TAB 4MG	GLIMEPIRIDE TAB 4 MG	2		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5-250	GLIPIZIDE-METFORMIN HOL TAB 2.5-250 MG	3		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5-250M	GLIPIZIDE-METFORMIN HOL TAB 2.5-250 MG	3		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5-500	GLIPIZIDE-METFORMIN HOL TAB 2.5-500 MG	3		X		
GLIP/METFORM TAB 2.5-500M	GLIPIZIDE-METFORMIN HOL TAB 2.5-500 MG	3		X		
GLIP/METFORM TAB 5-500MG	GLIPIZIDE-METFORMIN HOL TAB 5-500 MG	3		X		
GLIPIZIDE TAB 10MG	GLIPIZIDE TAB 10 MG	2		X		
GLIPIZIDE TAB 2.5MG	GLIPIZIDE TAB 2.5 MG	2		X		
GLIPIZIDE TAB 5MG	GLIPIZIDE TAB 5 MG	2		X		
GLIPIZIDE ER TAB 10MG	GLIPIZIDE TAB ER24HR10 MG	2		X		
GLIPIZIDE ER TAB 2.5MG	GLIPIZIDE TAB ER24HR2.5 MG	2		X		
GLIPIZIDE ER TAB 5MG	GLIPIZIDE TAB ER 24HR 5 MG	2		X		
GLUCAGON KIT IMG	GLUCAGON (RDNA) FOR INJ KIT IMG	1		X		
GLUCAGON EMR SOL IMG	GLUCAGON HCL FOR INJ 1 MG	1		X		
GLYB/METFORM TAB 1.25-250	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 1.25-250 MG	2		X		
GLYB/METFORM TAB 2.5-500	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 2.5-500 MG	2		X		
GLYB/METFORM TAB 5-500MG	GLYBURIDE-METFORMIN TAB 5-500 MG	2		X		
GLYBURID MOR TAB 1.5MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 1.5 MG	2		X		
GLYBURID MCR TAB 3MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 3 MG	2		X		
GLYBURID MOR TAB 6MG	GLYBURIDE MICRONIZED TAB 6 MG	2		X		
GLYBURIDE TAB 1.25MG	GLYBURIDE TAB 1.25 MG	2		X		
GLYBURIDE TAB 2.5MG	GLYBURIDE TAB 2.5 MG	2		X		
GLYBURIDE TAB 5MG	GLYBURIDE TAB 5 MG	2		X		
GVOKE HYPO 1 INJ5/.1ML	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/ 0.1ML	1		X		
GVOKE HYPO 1 INJ IM G/.2M L	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG / 0.2ML	1		X		
GVOKE KIT SOL 1MG/0.2M	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN IMG/ 0.2ML	1		X		
GVOKE PFSINJ	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYRINGE 0.5 MG/0.1ML	1		X		
GVOKE PFS INJ	GLUCAGON SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYRINGE 1 MG/0.2ML	1		X		
HUMALOG INJ 100/ML	INSULIN LISPRO INJ SOLN 100 UNIT/ ML	1		X		
HUMALOG INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN CARTRIDGE 100 UNIT /ML	1		X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
HUMALOG JR INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ ML (0.5 UNIT DIAL)	1		X		
HUMALOG KWIK INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ ML (1 UNIT DIAL)	1		X		
HUMALOG KWIK INJ 200/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML	1		X		
HUMALOG MIX INJ 50/50	INSULIN LISPRO PROTAMINE & LISPRO INJ 100 UNIT/ML (50-50)	1		X		
HUMALOG MIX INJ 50/50KWP	INSULIN LISPRO PROT 8-LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT/ML (50-50)	1		X		
HUMALOG MIX INJ 75/25KWP	INSULIN LISPRO PROT 8-LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT/ ML (75-25)	1		X		
HUMALOG MIX SUS 75/25	INSULIN LISPRO PROT 8-LISPRO INJ 100 UNIT /ML (75-25)	1		X		
HUMULIN INJ 70/30	INSULIN NPH ISOPHANE 8- REGULAR HUMAN INJ 100 UNIT/ ML (70-30)	1		X		
HUMULIN INJ 70/30KWP	INSULIN NPH 8- REGULAR SUSP PEN- INJ 100 UNIT/ML (70-30)	1		X		
HUMULIN N INJ U-100	INSULIN NPH (HUMAN) (ISOPHANE) INJ 100 UNIT/ML	1		X		
HUMULIN N INJ U-100KWP	INSULIN NPH (HUMAN) (ISOPHANE) SUSP PEN-INJECTOR 100 UNIT/ ML	1		X		
HUMULIN R INJ U-100	INSULIN REGULAR (HUMAN) INJ 100 UNIT/ ML	1		X		
HUMULIN R INJ U-500	INSULIN REGULAR (HUMAN) INJ 500 UNIT/ ML	1		X		
HUMULIN R INJ U-500	INSULIN REGULAR (HUMAN) SOLN PENINJECTOR 500 UNIT/ML	1		X		
INS DEGL PLX INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ ML	1		X		
INS DEGL ELX INJ 200UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML	1		X		
INSULIN ASPA INJ 70/30	INSULIN ASPART PROT8-ASPART (HUMAN) INJ 100 UNIT/ ML (70-30)	1		X		
INSULIN DEGL INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC INJ 100 UNIT/ ML	1		X		
INSULIN LISP INJ 100/ML	INSULIN LISPRO INJ SOLN 100 UNIT/ ML	1		X		
INSULIN LISP INJ 100/ML	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ ML (1 UNIT DIAL)	1		X		
INSULIN LISP INJ JUNIOR	INSULIN LISPRO SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ ML (0.5 UNIT DIAL)	1		X		
INSULIN LISP INJ PROTAMIN	INSULIN LISPRO PROT 8-LISPRO SUS PEN-INJ 100 UNIT/ ML (75-25)	1		X		
JARDIANCE TAB 10MG	EMPAGLIFLOZIN TAB 10 MG	3		X		
JARDIANCE TAB 25MG	EMPAGLIFLOZIN TAB 25 MG	3		X		
JENTADUETO TAB 2.5-1000	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB 2.5-1000 MG	3		X		
JENTADUETO TAB 2.5-500	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB 2.5-500 MG	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
JENTADUETO TAB 2.5-850	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB 2.5-850 MG	3		X		
JENTADUETO TAB XR	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB ER24HR 2.5-1000 MG	3		X		
JENTADUETO TAB XR	LINAGLIPTIN-METFORMIN HCL TAB ER24HR 5-1000 MG	3		X		
LEVEMIR INJ	INSULIN DETEMIR INJ 100 UNIT/ ML	1		X		
LEVEMIR INJ FLEXPEN	INSULIN DETEMIR SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1		X		
LEVEMIR INJ FLEXTUOC	INSULIN DETEMIR SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1		X		
METFORMIN SOL 500/5ML	METFORMIN HCL ORAL SOLN 500 MG/5ML	3		X		
METFORMIN TAB 1000MG	METFORMIN HCL TAB 1000 MG	2		X		
METFORMIN TAB 500MG	METFORMIN HCL TAB 500 MG	2		X		
METFORMIN TAB 500MG ER	METFORMIN HCL TAB ER24HR500 MG	2		X		
METFORMIN TAB 750MG ER	METFORMIN HCL TAB ER24HR750 MG	2		X		
METFORMIN TAB 850MG	METFORMIN HCL TAB 850 MG	2		X		
MIGLITOL TAB 100MG	MIGLITOL TAB 100 MG	3		X		
MIGLITOL TAB 25MG	MIGLITOL TAB 25 MG	3		X		
MIGLITOL TAB 50MG	MIGLITOL TAB 50 MG	3		X		
MOUNJARO INJ 10MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 10 MG/ 0.5ML	3	X	X		
MOUNJARO INJ 12.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 12.5 MG/ 0.5ML	3	X	X		
MOUNJARO INJ 15MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 15 MG/ 0.5ML	3	X	X		
MOUNJARO INJ 2.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 2.5 MG/ 0.5ML	3	X	X		
MOUNJARO INJ 5MG/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 5 MG/ 0.5ML	3	X	X		
MOUNJARO INJ 7.5/0.5	TIRZEPATIDE SOLN PEN-INJECTOR 7.5 MG/ 0.5ML	3	X	X		
NATEGLINIDE TAB 120MG	NATEGLINIDE TAB 120 MG	3		X		
NATEGLINIDE TAB 60MG	NATEGLINIDE TAB 60 MG	3		X		
OZEMPIC INJ 2/1.5ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN- INJ 0.25 OR 0.5 MG / DOSE (2 MG/1.5ML)	3	X	X		
OZEMPIC INJ 2MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN- INJ 0.25 OR 0.5 MG / DOSE (2 MG/3ML)	3	X	X		
OZEMPIC INJ 4MG/3ML	SEMAGLUTIDESOLN PEN- INJ IMG/ DOSE (4 MG/3ML)	3	X	X		
OZEMPIC INJ 8MG/3ML	SEMAGLUTIDE SOLN PEN- INJ 2 MG/ DOSE (8 MG/3ML)	3	X	X		
PIOGLITA/MET TAB 15-500MG	PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TAB 15-500 MG	3		X		
PIOGLITA/MET TAB 15-850MG	PIOGLITAZONE HCL-METFORMIN HCL TAB 15-850 MG	3		X		
PIOGLITAZONE TAB 15MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 15 MG (BASE EQUIV)	2		X		
PIOGLITAZONE TAB 30MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 30 MG (BASE EQUIV)	2		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PIOGLITAZONE TAB 45MG	PIOGLITAZONE HCL TAB 45 MG (BASE EQUIV)	2		X		
REPAGLINIDE TAB 0.5MG	REPAGLINIDE TAB 0.5 MG	2		X		
REPAGLINIDE TAB IMG	REPAGLINIDE TAB IMG	2		X		
REPAGLINIDE TAB 2MG	REPAGLINIDE TAB 2 MG	2		X		
REZVOGLAR INJ 100UT/ML	INSULIN GLARGINE-AGLR SOLN PENINJECTOR 100 UNIT/ ML	1		X		
RYBELSUS TAB 14MG	SEMAGLUTIDE TAB 14 MG	3	X	X		
RYBELSUS TAB 3MG	SEMAGLUTIDE TAB 3 MG	3	X	X		
RYBELSUS TAB 7MG	SEMAGLUTIDE TAB 7 MG	3	X	X		
SAXAGLIPTIN TAB 2.5MG	SAXAGLIPTIN HCL TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	3		X		
SAXAGLIPTIN TAB 5MG	SAXAGLIPTIN HCL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	3		X		
SOLIQUA INJ 100/33	INSULIN GLARGINE-LIXISENATIDE SOL PEN-INJ 100-33 UNIT-MCG/ ML	3		X		
SYNJARDY TAB	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 12.5-1000 MG	3		X		
SYNJARDY TAB 12.5-500	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 12.5-500 MG	3		X		
SYNJARDY TAB 5-1000MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 5-1000 MG	3		X		
SYNJARDY TAB 5-500MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB 5-500 MG	3		X		
SYN JARDY XR TAB	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 12.5-1000 MG	3		X		
SYN JARDY XR TAB 10-1000	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR10-1000 MG	3		X		
SYN JARDY XR TAB 25-1000	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR25-1000 MG	3		X		
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	EMPAGLIFLOZIN-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 5-1000 MG	3		X		
TRADJENTA TAB 5MG	LINAGLIPTIN TAB 5 MG	3		X		
TRESIBA INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC INJ 100 UNIT/ML	1		X		
TRESIBA FLEX INJ 100UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 100 UNIT/ ML	1		X		
TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	INSULIN DEGLUDEC SOLN PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML	1		X		
TRULICITY INJ 0.75/0.5	DULAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 0.75 MG / 0.5ML	3	X	X		
TRULICITY INJ 1.5/0.5	DULAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 1.5 MG/ 0.5ML	3	X	X		
TRULICITY INJ 3/0.5	DULAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 3 MG/ 0.5ML	3	X	X		
TRULICITY INJ 4.5/0.5	DULAGLUTIDE SOLN PEN-INJECTOR 4.5 MG / 0.5ML	3	X	X		
XIGDUO XR TAB 10-1000	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER 24HR10-1000 MG	3		X		
XIGDUOXR TAB 10-500MG	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER24HR10-500 MG	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER 24HR 2.5-1000 MG	3		X		
XIGDUOXR TAB 5-1000MG	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER24HR 5-1000 MG	3		X		
XIGDUO XR TAB 5-500MG	DAPAGLIFLOZIN PROP-METFORMIN HCL TAB ER24HR 5-500 MG	3		X		
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	DASIGLUCAGON HCL SUBCUTANEOUS SOLN AUTO- INJ 0.6 MG/ 0.6ML	1		X		
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	DASIGLUCAGON HCL SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYRINGE 0.6 MG/ 0.6ML	1		X		
<b>Hemoderivados, modificadores/expansores del volumen de la sangre</b>						
AMINOCAPRAC TAB 1000MG	AMINOCAPROIC ACID TAB 1000 MG	3				
AMINOCAPR AC TAB 500MG	AMINOCAPROIC ACID TAB 500 MG	3				
AMINOCAPROIC SOL 0.25/ML	AMINOCAPROIC ACID ORAL SOLN 0.25 GM/ ML	3				
ANAGRELIDE CAP 0.5MG	ANAGRELIDE HCL CAP 0.5 MG	3				
ANAGRELIDE CAP IMG	ANAGRELIDE HCL CAP 1 MG	3				
ARAN ESP INJ100MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 100 MCG /ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ100MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MCG/ 0.5ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ10MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ 0.4ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ150MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 150 MCG/ 0.3ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 200MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 200 MCG / ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 200MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 200 MCG / 0.4ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 25MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 25 MCG /ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 25MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 25 MCG / 0.42ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 300MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MCG/ 0.6ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 40MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 40 MCG / ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 40MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MCG/ 0.4ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 500MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 60MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN INJ 60 MCG /ML	4		X		SP
ARAN ESP INJ 60MCG	DARBEPOETIN ALFA SOLN PREFILLED SYRINGE 60 MCG/ 0.3ML	4		X		SP
ASA/DIPYRIDA CAP 25-200MG	ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE CAP ER 12HR 25-200 MG	3		X		
ASA/OMEPRAZO TAB 81-40MG	ASPIRIN-OMEPRAZOLE TAB DELAYED RELEASE 81-40 MG	3		X		
BRILINTA TAB 60MG	TICAGRELOR TAB 60 MG	5		X		
BRILINTA TAB 90MG	TICAGRELOR TAB 90 MG	5		X		
CILOSTAZOL TAB 100MG	CILOSTAZOL TAB 100 MG	2				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CILOSTAZOL TAB 50MG	CILOSTAZOL TAB 50 MG	2				
CLOPIDOGREL TAB 300MG	CLOPIDOGREL BISULFATE TAB 300 MG (BASE EQUIV)	2		X		
CLOPIDOGREL TAB 75MG	CLOPIDOGREL BISULFATE TAB 75 MG (BASE EQUIV)	2		X		
DIPYRIDAMOLE TAB 25MG	DIPYRIDAMOLE TAB 25 MG	2				
DIPYRIDAMOLE TAB 50MG	DIPYRIDAMOLE TAB 50 MG	2				
DIPYRIDAMOLE TAB 75MG	DIPYRIDAMOLE TAB 75 MG	2				
ELIQUIS TAB 2.5MG	APIXABAN TAB 2.5 MG	3		X		
ELIQUIS TAB 5MG	APIXABAN TAB 5 MG	3		X		
ELIQUIS ST P TAB 5MG	APIXABAN TAB STARTER PACK 5 MG	3		X		
ENOXAPARIN INJ 100MG/ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 100 MG/ML	3		X		
ENOXAPARIN INJ 120/0.8	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 120 MG/ 0.8ML	3		X		
ENOXAPARIN INJ 150MG/ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 150 MG/ML	3		X		
ENOXAPARIN INJ 30/0.3ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 30 MG/0.3ML	3		X		
ENOXAPARIN INJ 300/3ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ 300 MG/3ML	3		X		
ENOXAPARIN INJ 40/0.4ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 40 MG/0.4ML	3		X		
ENOXAPARIN INJ 60/0.6ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 60 MG/0.6ML	3		X		
ENOXAPARIN INJ 80/0.8ML	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 80 MG/0.8ML	3		X		
ENOXAPARIN INJ 80MG/0.8	ENOXAPARIN SODIUM INJ SOLN PREF SYR 80 MG/0.8ML	3		X		
FONDAPARINUX INJ 10/0.8ML	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 10 MG/ 0.8ML	3		X		
FONDAPARINUX INJ 2.5/0.5	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 2.5 MG/ 0.5ML	3		X		
FONDAPARINUX INJ 5/0.4ML	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 5 MG/ 0.4ML	3		X		
FONDAPARINUX INJ 75/0.6	FONDAPARINUX SODIUM SUBCUTANEOUS INJ 75 MG / 0.6ML	3		X		
HEPARIN SOD INJ 1000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 1000 UNIT /ML	2				
HEPARIN SOD INJ 10000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 10000 UNIT /ML	2				
HEPARIN SOD INJ 20000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 20000 UNIT /ML	2				
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ SOLN PREF SYR 5000 UNIT/0.5ML	2				
HEPARIN SOD INJ 5000/0.5	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJ 5000 UNIT / 0.5ML	2				
HEPARIN SOD INJ 5000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJ 5000 UNIT /ML	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
HEPARIN SOD INJ 5000/ML	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJ 5000 UNIT/ML	2				
JANTOVEN TAB 10MG	WARFARIN SODIUM TAB 10 MG	2				
JANTOVEN TAB 1MG	WARFARIN SODIUM TAB 1 MG	2				
JANTOVEN TAB 2.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 2.5 MG	2				
JANTOVEN TAB 2MG	WARFARIN SODIUM TAB 2 MG	2				
JANTOVEN TAB 3MG	WARFARIN SODIUM TAB 3 MG	2				
JANTOVEN TAB 4MG	WARFARIN SODIUM TAB 4 MG	2				
JANTOVEN TAB 5MG	WARFARIN SODIUM TAB 5 MG	2				
JANTOVEN TAB 6MG	WARFARIN SODIUM TAB 6 MG	2				
JANTOVEN TAB 7.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 75 MG	2				
NEULASTA INJ 6MG/0.6M	PEGFILGRASTIM SOLN PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	4				SP
NEULASTA KIT 6MG/0.6M	PEGFILGRASHM SOLN PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG / 0.6ML	4				SP
PLERIXAFOR INJ 24/1.2ML	PLERIXAFORSUBCUTANEOUS INJ 24 MG/ 1.2ML (20 MG /ML)	6				SP
PRASUGREL TAB 10MG	PRASUGREL HOL TAB 10 MG (BASE EQUIV)	2		X		
PRASUGREL TAB 5MG	PRASUGREL HCL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	2		X		
PROMACTA PAK 25MG	ELTROMBOPAG OLAMINE POWDER PACK FOR SUSP 25 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
PROMACTA POW 12.5MG	ELTROMBOPAG OLAMINE POWDER PACK FOR SUSP 12.5 MG (BASE EQ)	6	X	X		SP
PROMACTA TAB 12.5MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 12.5 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
PROMACTA TAB 25MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 25 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
PROMACTA TAB 50MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 50 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
PROMACTA TAB 75MG	ELTROMBOPAG OLAMINE TAB 75 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
RECOTHROM SOL 20000UNT	THROMBIN (RECOMBINANT) FOR SOLN 20000 UNIT	5				
RECOTHROM SOL 5000UNIT	THROMBIN (RECOMBINANT) FOR SOLN 5000 UNIT	5				
RETACRIT INJ 10000UNT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 10000 UNIT/ML	4		X		SP
RETACRIT INJ 20000UNI	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 20000 UNIT/ ML	4		X		SP
RETACRIT INJ 2000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 2000 UNIT/ ML	4		X		SP
RETACRIT INJ 3000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 3000 UNIT/ ML	4		X		SP
RETACRIT INJ 40000UNT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 40000 UNIT/ ML	4		X		SP
RETACRIT INJ 4000UNIT	EPOETIN ALFA-EPBX INJ 4000 UNIT/ ML	4		X		SP
THROMBIN KIT5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN KIT 5000 UNIT	5				
THROMBIN-JMI KIT20000UNT	THROMBIN FOR SOLN KIT 20000 UNIT	5				
THROMBIN-JMI KIT5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN KIT 5000 UNIT	5				
THROMBIN-JMI SOL 20000UNT	THROMBIN FOR SOLN 20000 UNIT	5				
THROMBIN-JMI SOL 5000UNIT	THROMBIN FOR SOLN 5000 UNIT	5				
TRANEX ACID TAB 650MG	TRANEXAMIC ACID TAB 650 MG	3		X		
WARFARIN TAB 10MG	WARFARIN SODIUM TAB 10 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
WARFARIN TAB IMG	WARFARIN SODIUM TAB 1 MG	2				
WARFARIN TAB 2.5MG	WARFARIN SODIUM TAB 2.5 MG	2				
WARFARIN TAB 2MG	WARFARIN SODIUM TAB 2 MG	2				
WARFARIN TAB 3MG	WARFARIN SODIUM TAB 3 MG	2				
WARFARIN TAB 4MG	WARFARIN SODIUM TAB 4 MG	2				
WARFARIN TAB 5MG	WARFARIN SODIUM TAB 5 MG	2				
WARFARIN TAB 6MG	WARFARIN SODIUM TAB 6 MG	2				
WARFARIN TAB 75MG	WARFARIN SODIUM TAB 75 MG	2				
XARELTO SUS 1MG/ML	RIVAROXABAN FOR SUSP 1 MG/ ML	3		X		
XARELTO TAB 10MG	RIVAROXABAN TAB 10 MG	3		X		
XARELTO TAB 15MG	RIVAROXABAN TAB 15 MG	3		X		
XARELTO TAB 2.5MG	RIVAROXABAN TAB 2.5 MG	3		X		
XARELTO TAB 20MG	RIVAROXABAN TAB 20 MG	3		X		
XARELTO STAR TAB 15/20MG	RIVAROXABAN TAB STARTER THERAPY PACK 15 MGS-20 MG	3		X		
YOSPRALA TAB 325-40MG	ASPIRIN-OMEPRAZOLE TAB DELAYED RELEASE 325-40 MG	3		X		
YOSPRALA TAB 81-40MG	ASPIRIN-OMEPRAZOLE TAB DELAYED RELEASE 81-40 MG	3		X		
ZARXIO INJ 300/0.5	FILGRASTIM-SNDZ SOLN PREFILLED SYRINGE 300MCG/0.5ML	4				SP
ZARXIO INJ 480/0.8	FILGRASTIM-SNDZ SOLN PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML	4				SP
<b>Agentes cardiovasculares</b>						
ACEBUTOLOL CAP 200MG	ACEBUTOLOL HCL CAP 200 MG	2				
ACEBUTOLOL CAP 400MG	ACEBUTOLOL HCL CAP 400 MG	2				
ACETAZOLAMID CAP 500MG ER	ACETAZOLAMIDE CAP ER12HR500 MG	3				
ACETAZOLAMID TAB 125MG	ACETAZOLAMIDE TAB 125 MG	3				
ACETAZOLAMID TAB 250MG	ACETAZOLAMIDE TAB 250 MG	3				
AMILOR/HCTZ TAB 5-50	AMILORIDE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-50 MG	2				
AMILORIDE TAB 5MG	AMILORIDE HCL TAB 5 MG	2				
AMIODARONE TAB 100MG	AMIODARONE HCL TAB 100 MG	2				
AMIODARONE TAB 200MG	AMIODARONE HCL TAB 200 MG	2				
AMIODARONE TAB 400MG	AMIODARONE HCL TAB 400 MG	2				
AMLOD/BENAZP CAP 10-20MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 10-20 MG	2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 10-40MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 10-40 MG	2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 2.5-10MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 2.5-10 MG	2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-10MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-10 MG	2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-20MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-20 MG	2		X		
AMLOD/BENAZP CAP 5-40MG	AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL HCL CAP 5-40 MG	2		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

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

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
BISOPROLOL FUM TAB 10MG	BISOPROLOL FUMARATE TAB 10 MG	2				
BISOPROLOL FUM TAB 5MG	BISOPROLOL FUMARATE TAB 5 MG	2				
BUMETANIDE TAB 0.5MG	BUMETANIDE TAB 0.5 MG	2				
BUMETANIDE TAB 1MG	BUMETANIDE TAB 1 MG	2				
BUMETANIDE TAB 2MG	BUMETANIDE TAB 2 MG	2				
CANDESA/HCTZ TAB 16-12.5	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 16-12.5 MG	3		X		
CANDESA/HCTZ TAB 32-12.5	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 32-12.5 MG	3		X		
CANDESA/HCTZ TAB 32-25MG	CANDESARTAN CILEXETIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 32-25 MG	3		X		
CANDESARTAN TAB 16MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 16 MG	3		X		
CANDESARTAN TAB 32MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 32 MG	3		X		
CANDESARTAN TAB 4MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 4 MG	3		X		
CANDESARTAN TAB 8MG	CANDESARTAN CILEXETIL TAB 8 MG	3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-15MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-15 MG	3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 25-25MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-25 MG	3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-15MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-15 MG	3		X		
CAPTOPR/HCTZ TAB 50-25MG	CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-25 MG	3		X		
CAPTOPRIL TAB 100MG	CAPTOPRIL TAB 100 MG	2		X		
CAPTOPRIL TAB 12.5MG	CAPTOPRIL TAB 12.5 MG	2		X		
CAPTOPRIL TAB 25MG	CAPTOPRIL TAB 25 MG	2		X		
CAPTOPRIL TAB 50MG	CAPTOPRIL TAB 50 MG	2		X		
CARTIA XT CAP 120/24HR	DILHAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 120 MG	2				
CARTIA XT CAP 180/24HR	DILHAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 180 MG	2				
CARTIA XT CAP 240/24HR	DILHAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 240 MG	2				
CARTIA XT CAP 300/24HR	DILHAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 300 MG	2				
CARVEDILOL TAB 12.5MG	CARVEDILOL TAB 12.5 MG	2				
CARVEDILOL TAB 25MG	CARVEDILOL TAB 25 MG	2				
CARVEDILOL TAB 3.125MG	CARVEDILOL TAB 3.125 MG	2				
CARVEDILOL TAB 6.25MG	CARVEDILOL TAB 6.25 MG	2				
CHLORTHALID TAB 25MG	CHLORTHALIDONE TAB 25 MG	2				
CHLORTHALID TAB 50MG	CHLORTHALIDONE TAB 50 MG	2				
CHOLESTYRAM POW4GM	CHOLESTYRAMINE POWDER4 GM/ DOSE	3				
CHOLESTYRAM POW4GM	CHOLESTYRAMINE POWDER PACKETS 4 GM	3				
CHOLESTYRAM POW4GM LITE	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER4 GM/ DOSE	3				
CHOLESTYRAM POW4GM LITE	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER PACKETS 4 GM	3				
CLONIDINE DIS 0.1/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.1 MG/ 24HR	3				BH*

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CLONIDINE DIS 0.2/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.2 MG/ 24HR	3				BH*
CLONIDINE DIS 0.3/24HR	CLONIDINE TD PATCH WEEKLY 0.3 MG/ 24HR	3				BH*
CLONIDINE TAB 0.1MG	CLONIDINE HCL TAB 0.1 MG	2				BH*
CLONIDINE TAB 0.2MG	CLONIDINE HCL TAB 0.2 MG	2				BH*
CLONIDINE TAB 0.3MG	CLONIDINE HCL TAB 0.3 MG	2				BH*
COLESEVELAM PAK3.75GM	COLESEVELAM HCL PACKET FOR SUSP 3.75 GM	3				
COLESEVELAM TAB 625MG	COLESEVELAM HCL TAB 625 MG	3				
COLESTIPOL GRA5GM	COLESTIPOL HCL GRANULE PACKETS 5 GM	3				
COLESTIPOL GRA5GM	COLESTIPOL HCL GRANULES 5 GM	3				
COLESTIPOL TAB 1GM	COLESTIPOL HCL TAB 1 GM	2				
CORLANORSOL 5MG/5ML	IVABRADINE HCL ORAL SOLN 5 MG/ 5ML (BASE EQUIV)	5	X	X		
CORLANOR TAB 5MG	IVABRADINE HCL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	5	X	X		
CORLANOR TAB 7.5MG	IVABRADINE HCL TAB 75 MG (BASE EQUIV)	5	X	X		
DIGITEK TAB 0.125MG	DIGOXIN TAB 125 MCG (0.125 MG)	2				
DIGITEK TAB 0.25MG	DIGOXIN TAB 250 MCG (0.25 MG)	2				
DIGOX TAB 0.125MG	DIGOXIN TAB 125 MCG (0.125 MG)	2				
DIGOX TAB 0.25MG	DIGOXIN TAB 250 MCG (0.25 MG)	2				
DIGOXIN SOL 50MCG/ML	DIGOXIN ORAL SOLN 0.05 MG / ML	3				
DIGOXIN TAB 0.0625MG	DIGOXIN TAB 62.5 MCG (0.0625 MG)	3				
DIGOXIN TAB 0.125MG	DIGOXIN TAB 125 MCG (0.125 MG)	2				
DIGOXIN TAB 0.25MG	DIGOXIN TAB 250 MCG (0.25 MG)	2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER12HR120 MG	3				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER24HR120 MG	2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 120 MG	2				
DILTIAZEM CAP 120MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR120 MG	2				
DILTIAZEM CAP 180MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER24HR180 MG	2				
DILTIAZEM CAP 180MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 180 MG	2				
DILTIAZEM CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR180 MG	2				
DILTIAZEM CAP 240MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER24HR240 MG	2				
DILTIAZEM CAP 240MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 240 MG	2				
DILTIAZEM CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR240 MG	2				
DILTIAZEM CAP Z00MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 300 MG	2				
DILTIAZEM CAP Z00MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR300 MG	2				
DILTIAZEM CAP360MG CD	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 360 MG	2				
DILTIAZEM CAP360MG ER	DILTIAZEM HCL COATED BEADS CAP ER24HR 360 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
DILTIAZEM CAP360MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR360 MG	2				
DILTIAZEM CAP 420MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR420 MG	2				
DILTIAZEM CAP 60MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 60 MG	3				
DILTIAZEM CAP 90MG ER	DILTIAZEM HCL CAP ER12HR90 MG	3				
DILTIAZEM TAB 120MG	DILTIAZEM HCL TAB 120 MG	2				
DILTIAZEM TAB 120MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR120 MG	3				
DILTIAZEM TAB 240MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	3				
DILTIAZEM TAB ZOOMG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER24HR300 MG	3				
DILTIAZEM TAB 30MG	DILTIAZEM HCL TAB 30 MG	2				
DILTIAZEM TAB 360MG ER	DILTIAZEM HCL TAB ER24HR360 MG	3				
DILTIAZEM TAB 60MG	DILTIAZEM HCL TAB 60 MG	2				
DILTIAZEM TAB 90MG	DILTIAZEM HCL TAB 90 MG	2				
DILTIAZEM ER TAB 180MG	DILTIAZEM HCL TAB ER24HR180 MG	3				
DILTIAZEM ER TAB 240MG	DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	3				
DILTIAZEM ER TAB 300MG	DILTIAZEM HCL TAB ER24HR300 MG	3				
DILTIAZEM ER TAB 360MG	DILTIAZEM HCL TAB ER24HR360 MG	3				
DILTIAZEM ER TAB 420MG	DILTIAZEM HCL TAB ER24HR420 MG	3				
DILT-XR CAP 120MG	DILTIAZEM HCL CAP ER24HR120 MG	2				
DILT-XR CAP 180MG	DILTIAZEM HCL CAP ER24HR180 MG	2				
DILT-XR CAP 240MG	DILTIAZEM HCL CAP ER24HR240 MG	2				
DISOPYRAMIDE CAP 100MG	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP 100 MG	3				
DISOPYRAMIDE CAP 150MG	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP 150 MG	3				
DIURILSUS 250/5ML	CHLOROTHIAZIDE SUSP 250 MG/ 5ML	3				
DOFETILIDE CAP 125MCG	DOFETILIDE CAP 125 MCG (0.125 MG)	3		X		
DOFETILIDE CAP 250MCG	DOFETILIDE CAP 250 MCG (0.25 MG)	3		X		
DOFETILIDE CAP 500MCG	DOFETILIDE CAP 500 MCG (0.5 MG)	3		X		
DOXAZOSIN TAB 1MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 1 MG	2				
DOXAZOSIN TAB 2MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 2 MG	2				
DOXAZOSIN TAB 4MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 4 MG	2				
DOXAZOSIN TAB 8MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB 8 MG	2				
EDARBI TAB 40MG	AZILSARTAN MEDOXOMIL TAB 40 MG	5		X		
EDARBI TAB 80MG	AZILSARTAN MEDOXOMIL TAB 80 MG	5		X		
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	AZILSARTAN MEDOXOMIL-CHLORTHALIDONE TAB 40-12.5 MG	5		X		
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	AZILSARTAN MEDOXOMIL-CHLORTHALIDONE TAB 40-25 MG	5		X		
ENALAPR/HCTZ TAB 10-25MG	ENALAPRIL MALEATE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-25 MG	2		X		
ENALAPR/HCTZ TAB 5-12.5MG	ENALAPRIL MALEATE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-12.5 MG	2		X		
ENALAPRIL TAB 10MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 10 MG	2		X		
ENALAPRIL TAB 2.5MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 2.5 MG	2		X		
ENALAPRIL TAB 20MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 20 MG	2		X		
ENALAPRIL TAB 5MG	ENALAPRIL MALEATE TAB 5 MG	2		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ENTRESTO TAB 24-26MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 24-26 MG	5	X	X		
ENTRESTO TAB 49-51MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 49-51 MG	5	X	X		
ENTRESTO TAB 97-103MG	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB 97-103 MG	5	X	X		
EPLERENONE TAB 25MG	EPLERENONE TAB 25 MG	3				
EPLERENONE TAB 50MG	EPLERENONE TAB 50 MG	3				
ETHACRYNIC TAB ACD 25MG	ETHACRYNIC ACID TAB 25 MG	3				
EZETIM/SIMVA TAB 10-10MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-10 MG	3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-20MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-20 MG	3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-40MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-40 MG	3		X		
EZETIM/SIMVA TAB 10-80MG	EZETIMIBE-SIMVASTATIN TAB 10-80 MG	3		X		
EZETIMIBE TAB 10MG	EZETIMIBE TAB 10 MG	2		X		
FELODIPINE TAB 10MG ER	FELODIPINE TAB ER24HR10 MG	2				
FELODIPINE TAB 2.5MG ER	FELODIPINE TAB ER24HR2.5 MG	2				
FELODIPINE TAB 5MG ER	FELODIPINE TAB ER24HR5 MG	2				
FENOFIBRATE CAP 134MG	FENOFIBRATE MICRONIZED CAP 134 MG	2				
FENOFIBRATE CAP 200MG	FENOFIBRATE MICRONIZED CAP 200 MG	2				
FENOFIBRATE CAP 67MG	FENOFIBRATE MICRONIZED CAP 67 MG	2				
FENOFIBRATE TAB 145MG	FENOFIBRATE TAB 145 MG	2				
FENOFIBRATE TAB 160MG	FENOFIBRATE TAB 160 MG	2				
FENOFIBRATE TAB 48MG	FENOFIBRATE TAB 48 MG	2				
FENOFIBRATE TAB 54MG	FENOFIBRATE TAB 54 MG	2				
FLECAINIDE TAB 100MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 100 MG	2				
FLECAINIDE TAB 150MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 150 MG	2				
FLECAINIDE TAB 50MG	FLECAINIDE ACETATE TAB 50 MG	2				
FLUVASTATIN CAP 20MG	FLUVASTATIN SODIUM CAP 20 MG (BASE EQUIVALENT)	3		X		PRV*
FLUVASTATIN CAP 40MG	FLUVASTATIN SODIUM CAP 40 MG (BASE EQUIVALENT)	3		X		PRV*
FOSINOP/HCTZ TAB 10/12.5	FOSINOPRIL SODIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	3		X		
FOSINOP/HCTZ TAB 20/12.5	FOSINOPRIL SODIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	3		X		
FOSINOPRIL TAB 10MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 10 MG	2		X		
FOSINOPRIL TAB 20MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 20 MG	2		X		
FOSINOPRIL TAB 40MG	FOSINOPRIL SODIUM TAB 40 MG	2		X		
FUROSEMIDE SOL 10MG/ML	FUROSEMIDE ORAL SOLN 10 MG/ ML	2				
FUROSEMIDE SOL 40MG/5ML	FUROSEMIDE ORAL SOLN 8 MG/ ML	2				
FUROSEMIDE TAB 20MG	FUROSEMIDE TAB 20 MG	2				
FUROSEMIDE TAB 40MG	FUROSEMIDE TAB 40 MG	2				
FUROSEMIDE TAB 80MG	FUROSEMIDE TAB 80 MG	2				
GEMFIBROZIL TAB 600MG	GEMFIBROZIL TAB 600 MG	2				
GUANFACINE TAB 1MG	GUANFACINE HCL TAB 1 MG	2		X		
GUANFACINE TAB 2MG	GUANFACINE HCL TAB 2 MG	2		X		
HYDRALAZINE TAB 100MG	HYDRALAZINE HCL TAB 100 MG	2				
HYDRALAZINE TAB 10MG	HYDRALAZINE HCL TAB 10 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
HYDRALAZINE TAB 25MG	HYDRALAZINE HCL TAB 25 MG	2				
HYDRALAZINE TAB 50MG	HYDRALAZINE HCL TAB 50 MG	2				
HYDROCHLOROT CAP 12.5MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE CAP 12.5 MG	2				
HYDROCHLOROT TAB 12.5MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 12.5 MG	2				
HYDROCHLOROT TAB 25MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25 MG	2				
HYDROCHLOROT TAB 50MG	HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50 MG	2				
ICOSAPENTCAP 0.5GM	ICOSAPENT ETHYL CAP 0.5 GM	3	X			
ICOSAPENTCAP1GM	ICOSAPENT ETHYL CAP 1 GM	3	X			
INDAPAMIDE TAB 1.25MG	INDAPAMIDE TAB 1.25 MG	2				
INDAPAMIDE TAB 2.5MG	INDAPAMIDE TAB 2.5 MG	2				
IRBESAR/HCTZ TAB 150-12.5	IRBESARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 150-12.5 MG	2		X		
IRBESAR/HCTZ TAB 300-12.5	IRBESARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 300-12.5 MG	2		X		
IRBESARTAN TAB 150MG	IRBESARTAN TAB 150 MG	2		X		
IRBESARTAN TAB 300MG	IRBESARTAN TAB 300 MG	2		X		
IRBESARTAN TAB 75MG	IRBESARTAN TAB 75 MG	2		X		
ISOSO/HYDRAL TAB 20-37.5	ISOSORBIDE DINITRATE-HYDRALAZINE HCL TAB 20-37.5 MG	3		X		
ISOSORB DIN TAB 10MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 10 MG	2				
ISOSORB DIN TAB 20MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 20 MG	2				
ISOSORB DIN TAB 30MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 30 MG	2				
ISOSORB DIN TAB 5MG	ISOSORBIDE DINITRATE TAB 5 MG	2				
ISOSORB MONO TAB 10MG	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB 10 MG	2				
ISOSORB MONO TAB 120MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER24HR120 MG	2				
ISOSORB MONO TAB 20MG	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB 20 MG	2				
ISOSORB MONO TAB 30MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER24HR30 MG	2				
ISOSORB MONO TAB 60MG ER	ISOSORBIDE MONONITRATE TAB ER24HR 60 MG	2				
ISRADIPINE CAP 2.5MG	ISRADIPINE CAP 2.5 MG	2				
ISRADIPINE CAP 5MG	ISRADIPINE CAP 5 MG	2				
LABETALOL TAB 100MG	LABETALOL HCL TAB 100 MG	2				
LABETALOL TAB 200MG	LABETALOL HCL TAB 200 MG	2				
LABETALOL TAB 300MG	LABETALOL HCL TAB 300 MG	2				
LISINOP/HCTZ TAB 10-12.5	LISINAPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	2		X		
LISINOP/HCTZ TAB 20-12.5	LISINAPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	2		X		
LISINOP/HCTZ TAB 20-25MG	LISINAPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	2		X		
LISINOPRIL TAB 10MG	LISINOPRIL TAB 10 MG	2		X		
LISINOPRIL TAB 2.5MG	LISINOPRIL TAB 2.5 MG	2		X		
LISINOPRIL TAB 20MG	LISINOPRIL TAB 20 MG	2		X		
LISINOPRIL TAB 30MG	LISINOPRIL TAB 30 MG	2		X		
LISINOPRIL TAB 40MG	LISINOPRIL TAB 40 MG	2		X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
LISINOPRIL TAB 5MG	LISINOPRIL TAB 5 MG	2		X		
LOSARTAN POT TAB 100MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 100 MG	2		X		
LOSARTAN POT TAB 25MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 25 MG	2		X		
LOSARTAN POT TAB 50MG	LOSARTAN POTASSIUM TAB 50 MG	2		X		
LOSARTAN/HCT TAB 100-12.5	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-12.5 MG	2		X		
LOSARTAN/HCT TAB 100-25	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-25 MG	2		X		
LOSARTAN/HCT TAB 50-12.5	LOSARTAN POTASSIUM & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-12.5 MG	2		X		
LOVASTATIN TAB 10MG	LOVASTATIN TAB 10 MG	2		X		PRV-A
LOVASTATIN TAB 20MG	LOVASTATIN TAB 20 MG	2		X		PRV-A
LOVASTATIN TAB 40MG	LOVASTATIN TAB 40 MG	2		X		PRV-A
MATZIM LA TAB 180MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER24HR180 MG	3				
MATZIM LA TAB 240MG/24	DILTIAZEM HCL TAB ER24HR240 MG	3				
MATZIM LA TAB 300MG/24	DILTIAZEM HOL TAB ER24HR300 MG	3				
MATZIM LA TAB 360M G/24	DILTIAZEM HOL TAB ER24HR360 MG	3				
MATZIM LA TAB 420M G/24	DILTIAZEM HOL TAB ER24HR420 MG	3				
METHAZOLAMID TAB 25MG	METHAZOLAMIDE TAB 25 MG	3				
METHAZOLAMID TAB 50MG	METHAZOLAMIDE TAB 50 MG	3				
METHYLDOPA TAB 250MG	METHYLDOPA TAB 250 MG	2				
METHYLDOPA TAB 500MG	METHYLDOPA TAB 500 MG	2				
METOLAZONE TAB 10MG	METOLAZONE TAB 10 MG	2				
METOLAZONE TAB 2.5MG	METOLAZONE TAB 2.5 MG	2				
METOLAZONE TAB 5MG	METOLAZONE TAB 5 MG	2				
METOPRL/HCTZ TAB 100-25MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-25 MG	3				
METOPRL/HCTZ TAB 100-50MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 100-50 MG	3				
METOPRL/HCTZ TAB 50-25MG	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 50-25 MG	3				
METOPROL SUC TAB 100MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR100 MG (TARTRATE EQUIV)	2				
METOPROL SUC TAB 200MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 200 MG (TARTRATE EQUIV)	2				
METOPROL SUC TAB 25MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 25 MG (TARTRATE EQUIV)	2				
METOPROL SUC TAB 50MG ER	METOPROLOL SUCCINATE TAB ER 24HR 50 MG (TARTRATE EQUIV)	2				
METOPROL TAR TAB 100MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 100 MG	2				
METOPROL TAR TAB 25MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 25 MG	2				
METOPROL TAR TAB 50MG	METOPROLOL TARTRATE TAB 50 MG	2				
MEXILETINE CAP ISOMG	MEXILETINE HCL CAP 150 MG	3				
MEXILETINE CAP 200MG	MEXILETINE HCL CAP 200 MG	3				
MEXILETINE CAP 250MG	MEXILETINE HCL CAP 250 MG	3				
MIDODRINE TAB 10MG	MIDODRINE HCL TAB 10 MG	2				
MIDODRINE TAB 2.5MG	MIDODRINE HCL TAB 2.5 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
MIDODRINE TAB 5MG	MIDODRINE HCL TAB 5 MG	2				
MINOXIDIL TAB 10MG	MINOXIDIL TAB 10 MG	2				
MINOXIDIL TAB 2.5MG	MINOXIDIL TAB 2.5 MG	2				
MOEXIPRIL TAB 15MG	MOEXIPRIL HCL TAB 15 MG	2		X		
MOEXIPRIL TAB 75MG	MOEXIPRIL HCL TAB 75 MG	2		X		
MULTAQ TAB 400MG	DRONEDARONE HCL TAB 400 MG (BASE EQUIVALENT)	5	X	X		
NADOLOL TAB 20MG	NADOLOL TAB 20 MG	2				
NADOLOL TAB 40MG	NADOLOL TAB 40 MG	2				
NADOLOL TAB 80MG	NADOLOL TAB 80 MG	2				
NIACIN TAB 500MG	NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC) TAB 500 MG	3				
NIACIN TAB 500MG ER	NIACIN TAB ER 500 MG (ANTHYPERLIPIDEMIC)	3				
NIACIN ER TAB 1000MG	NIACIN TAB ER 1000 MG (ANTHYPERLIPIDEMIC)	3				
NIACIN ER TAB 500MG	NIACIN TAB ER 500 MG (ANTHYPERLIPIDEMIC)	3				
NIACIN ER TAB 750MG	NIACIN TAB ER 750 MG (ANTHYPERLIPIDEMIC)	3				
NIACOR TAB 500MG	NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC) TAB 500 MG	3				
NICARDIPINE CAP 20MG	NICARDIPINE HCL CAP 20 MG	3				
NICARDIPINE CAP 30MG	NICARDIPINE HCL CAP 30 MG	3				
NIFEDIPINE CAP 10MG	NIFEDIPINE CAP 10 MG	2				
NIFEDIPINE CAP 20MG	NIFEDIPINE CAP 20 MG	2				
NIFEDIPINE TAB 30MG ER	NIFEDIPINE TAB ER24HR30 MG	2		X		
NIFEDIPINE TAB 30MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 30 MG	2		X		
NIFEDIPINE TAB 60MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR 60 MG	2		X		
NIFEDIPINE TAB 60MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 60 MG	2		X		
NIFEDIPINE TAB 90MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR 90 MG	2		X		
NIFEDIPINE TAB 90MG ER	NIFEDIPINE TAB ER 24HR OSMOTIC RELEASE 90 MG	2		X		
NIMODIPINE CAP 30MG	NIMODIPINE CAP 30 MG	3				
NISOLDIPINE TAB 17MG ER	NISOLDIPINE TAB ER24HR17 MG	3				
NISOLDIPINE TAB 20MG ER	NISOLDIPINE TAB ER24HR20 MG	3				
NISOLDIPINE TAB 25.5MG	NISOLDIPINE TAB ER24HR25.5 MG	3				
NISOLDIPINE TAB 30MG ER	NISOLDIPINE TAB ER24HR30 MG	3				
NISOLDIPINE TAB 34MG ER	NISOLDIPINE TAB ER24HR34 MG	3				
NISOLDIPINE TAB 40MG ER	NISOLDIPINE TAB ER24HR40 MG	3				
NISOLDIPINE TAB 8.5MG ER	NISOLDIPINE TAB ER 24HR8.5 MG	3				
NITRO-BID OIN 27°	NITROGLYCERIN OINT27°	3				
NITRO-DUR DIS 0.3MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.3 MG/ HR	5				
NITRO-DUR DIS 0.8MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.8 MG/ HR	5				
NITROGLYCER DIS 0.1MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.1 MG/ HR	2				
NITROGLYCER DIS 0.2MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.2 MG/ HR	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
NITROGLYCER DIS 0.4MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.4 MG/ HR	2				
NITROGLYCER DIS 0.6MG/HR	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR 0.6 MG/ HR	2				
NITROGLYCERI OIN 0.47°	NITROGLYCERIN OINT 0.47°	3		X		
NITROGLYCERI SUB 0.6MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.6 MG	2				
NITROGLYCERN SUB 0.3MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.3 MG	2				
NITROGLYCERN SUB 0.4MG	NITROGLYCERIN SL TAB 0.4 MG	2				
NITROMIST AER400MCG	NITROGLYCERIN LINGUAL AEROSOL 400 MCG/SPRAY	5		X		
NORPACE CAP 100MG CR	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP ER12HR100 MG	3				
NORPACE CAP 150MG CR	DISOPYRAMIDE PHOSPHATE CAP ER12HR150 MG	3				
OLM MED/HCTZ TAB 20-12.5	OLMESARTAN MEDOXOMIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	2		X		
OLM MED/HCTZ TAB 40-12.5	OLMESARTAN MEDOXOMIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 40-12.5 MG	2		X		
OLM MED/HCTZ TAB 40-25MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 40-25 MG	2		X		
OLMESA MEDOX TAB 20MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 20 MG	2		X		
OLMESA MEDOX TAB 40MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 40 MG	2		X		
OLMESA MEDOX TAB 5MG	OLMESARTAN MEDOXOMIL TAB 5 MG	2		X		
OMEGA-3-ACID CAP 1GM	OMEGA-3-ACID ETHYL ESTERS CAP 1 GM	2	X	X		
PENTOXIFYLLI TAB 400MG ER	PENTOXIFYLLINE TAB ER 400 MG	2				
PERINDOPRIL TAB 2MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 2 MG	2		X		
PERINDOPRIL TAB 4MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 4 MG	2		X		
PERINDOPRIL TAB 8MG	PERINDOPRIL ERBUMINE TAB 8 MG	2		X		
PHENOXYBENZA CAP 10MG	PHENOXYBENZAMINE HCL CAP 10 MG	3				
PINDOLOL TAB 10MG	PINDOLOL TAB 10 MG	2				
PINDOLOL TAB 5MG	PINDOLOL TAB 5 MG	2				
PRAVASTATIN TAB 10MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 10 MG	2		X		PRV*
PRAVASTATIN TAB 20MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 20 MG	2		X		PRV*
PRAVASTATIN TAB 40MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 40 MG	2		X		PRV*
PRAVASTATIN TAB 80MG	PRAVASTATIN SODIUM TAB 80 MG	2		X		PRV*
PRAZOSIN HCL CAP 1MG	PRAZOSIN HCL CAP 1 MG	2				BH*
PRAZOSIN HCL CAP 2MG	PRAZOSIN HCL CAP 2 MG	2				BH*
PRAZOSIN HCL CAP 5MG	PRAZOSIN HCL CAP 5 MG	2				BH*
PREVALITE POW4GM	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER4 GM/DOSE	3				
PREVALITE POW4GM PK	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER PACKETS 4 GM	3				
PROPAFENONE CAP 225MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER 12HR 225 MG	3				
PROPAFENONE CAP 325MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER 12HR325 MG	3				
PROPAFENONE CAP 425MG ER	PROPAFENONE HCL CAP ER12HR425 MG	3				
PROPAFENONE TAB 150MG	PROPAFENONE HCL TAB 150 MG	2				
PROPAFENONE TAB 225MG	PROPAFENONE HCL TAB 225 MG	2				
PROPAFENONE TAB 300MG	PROPAFENONE HCL TAB 300 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PROPRANOLOL CAP 120MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR120 MG	2				
PROPRANOLOL CAP 160MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR160 MG	2				
PROPRANOLOL CAP 60MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER24HR 60 MG	2				
PROPRANOLOL CAP 80MG ER	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 80 MG	2				
PROPRANOLOL SOL 20MG/5ML	PROPRANOLOL HCL ORAL SOLN 20 MG/5ML	2				
PROPRANOLOL SOL 40MG/5ML	PROPRANOLOL HCL ORAL SOLN 40 MG/5ML	2				
PROPRANOLOL TAB 10MG	PROPRANOLOL HCL TAB 10 MG	2				
PROPRANOLOL TAB 20MG	PROPRANOLOL HCL TAB 20 MG	2				
PROPRANOLOL TAB 40MG	PROPRANOLOL HCL TAB 40 MG	2				
PROPRANOLOL TAB 60MG	PROPRANOLOL HCL TAB 60 MG	2				
PROPRANOLOL TAB 80MG	PROPRANOLOL HCL TAB 80 MG	2				
QNAPRIL/HCTZ TAB 10-12.5	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG	3		X		
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-12.5	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG	3		X		
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-25MG	QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG	3		X		
QUINAPRIL TAB 10MG	QUINAPRIL HCL TAB 10 MG	2		X		
QUINAPRIL TAB 20MG	QUINAPRIL HCL TAB 20 MG	2		X		
QUINAPRIL TAB 40MG	QUINAPRIL HCL TAB 40 MG	2		X		
QUINAPRIL TAB 5MG	QUINAPRIL HCL TAB 5 MG	2		X		
QUINIDINE GL TAB 324MG CR	QUINIDINE GLUCONATE TAB ER324 MG	2				
QUINIDINE GL TAB 324MG ER	QUINIDINE GLUCONATE TAB ER324 MG	2				
QUINIDINE SU TAB 200MG	QUINIDINE SULFATE TAB 200 MG	2				
QUINIDINE SU TAB 300MG	QUINIDINE SULFATE TAB 300 MG	2				
RAMIPRIL CAP 1.25MG	RAMIPRIL CAP 1.25 MG	2		X		
RAMIPRIL CAP 10MG	RAMIPRIL CAP 10 MG	2		X		
RAMIPRIL CAP 2.5MG	RAMIPRIL CAP 2.5 MG	2		X		
RAMIPRIL CAP 5MG	RAMIPRIL CAP 5 MG	2		X		
RANOLAZINE TAB 1000MG	RANOLAZINE TAB ER12HR1000 MG	3		X		
RANOLAZINE TAB 500MG ER	RANOLAZINE TAB ER12HR500 MG	3		X		
REPATHA INJ 140MG/ML	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 140 MG/ ML	5	X	X		
REPATHA PUSH INJ 420/3.5	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE/ INFUSOR420 MG/ 3.5ML	5	X	X		
REPATHA SURE INJ 140MG/ML	EVOLOCUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTOINJECTOR 140 MG/ML	5	X	X		
ROSUVASTATIN TAB 10MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 10 MG	2		X		PRV*
ROSUVASTATIN TAB 20MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 20 MG	2		X		
ROSUVASTATIN TAB 40MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 40 MG	2		X		
ROSUVASTATIN TAB 5MG	ROSUVASTATIN CALCIUM TAB 5 MG	2		X		PRV*
SIMVASTATIN TAB 10MG	SIMVASTATIN TAB 10 MG	2		X		PRV-A
SIMVASTATIN TAB 20MG	SIMVASTATIN TAB 20 MG	2		X		PRV-A
SIMVASTATIN TAB 40MG	SIMVASTATIN TAB 40 MG	2		X		PRV-A
SIMVASTATIN TAB 5MG	SIMVASTATIN TAB 5 MG	2		X		PRV-A
SIMVASTATIN TAB 80MG	SIMVASTATIN TAB 80 MG	2		X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
SORINE TAB 120MG	SOTALOL HCL TAB 120 MG	2				
SORINE TAB 160MG	SOTALOL HCL TAB 160 MG	2				
SORINE TAB 240MG	SOTALOL HCL TAB 240 MG	2				
SORINE TAB 80MG	SOTALOL HCL TAB 80 MG	2				
SOTALOL AF TAB 120MG	SOTALOL HCL (AFIB/ AFL) TAB 120 MG	2				
SOTALOL AF TAB 160MG	SOTALOL HCL (AFIB/ AFL) TAB 160 MG	2				
SOTALOL AF TAB 80MG	SOTALOL HCL (AFIB/ AFL) TAB 80 MG	2				
SOTALOL HCL TAB 120MG	SOTALOL HCL TAB 120 MG	2				
SOTALOL HCL TAB 160MG	SOTALOL HCL TAB 160 MG	2				
SOTALOL HCL TAB 240MG	SOTALOL HCL TAB 240 MG	2				
SOTALOL HCL TAB 80MG	SOTALOL HCL TAB 80 MG	2				
SOTYLIZE SOL 5MG/ML	SOTALOL HCL ORAL SOLUTION 5 MG/ ML	5	X			
SPIRONO/HCTZ TAB 25/25	SPIRONOLACTONE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 25-25 MG	2				
SPIRONOLACT TAB 100MG	SPIRONOLACTONE TAB 100 MG	2				
SPIRONOLACT TAB 25MG	SPIRONOLACTONE TAB 25 MG	2				
SPIRONOLACT TAB 50MG	SPIRONOLACTONE TAB 50 MG	2				
TAZTIA XT CAP 120MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR120 MG	2				
TAZTIA XT CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR180 MG	2				
TAZTIA XT CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR240 MG	2				
TAZTIA XT CAP 300MG ER	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR300 MG	2				
TAZTIA XT CAP 360MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR360 MG	2				
TELMISA/HCTZ TAB 40-12.5	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 40-12.5 MG	3		X		
TELMISA/HCTZ TAB 80-12.5	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-12.5 MG	3		X		
TELMISA/HCTZ TAB 80-25MG	TELMISARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-25 MG	3		X		
TELMISARTAN TAB 20MG	TELMISARTAN TAB 20 MG	3		X		
TELMISARTAN TAB 40MG	TELMISARTAN TAB 40 MG	3		X		
TELMISARTAN TAB 80MG	TELMISARTAN TAB 80 MG	3		X		
TIADYLT CAP 120MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR120 MG	2				
TIADYLT CAP 180MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR180 MG	2				
TIADYLT CAP 240MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR240 MG	2				
TIADYLT CAP 300MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR300 MG	2				
TIADYLT CAP 360MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR360 MG	2				
TIADYLT CAP 420MG/24	DILTIAZEM HCL EXTENDED RELEASE BEADS CAP ER24HR420 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
TIMOLOL MAL TAB 10MG	TIMOLOL MALEATE TAB 10 MG	2				
TIMOLOL MAL TAB 20MG	TIMOLOL MALEATE TAB 20 MG	2				
TIMOLOL MAL TAB 5MG	TIMOLOL MALEATE TAB 5 MG	2				
TORSEMIDE TAB 100MG	TORSEMIDE TAB 100 MG	2				
TORSEMIDE TAB 10MG	TORSEMIDE TAB 10 MG	2				
TORSEMIDE TAB 20MG	TORSEMIDE TAB 20 MG	2				
TORSEMIDE TAB 5MG	TORSEMIDE TAB 5 MG	2				
TRANDOLAPRIL TAB 1MG	TRANDOLAPRIL TAB 1 MG	2		X		
TRANDOLAPRIL TAB 2MG	TRANDOLAPRIL TAB 2 MG	2		X		
TRANDOLAPRIL TAB 4MG	TRANDOLAPRIL TAB 4 MG	2		X		
TRIAMT/HCTZ CAP 37.5-25	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE CAP 37.5-25 MG	2				
TRIAMT/HCTZ TAB 37.5-25	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 37.5-25 MG	2				
TRIAMT/HCTZ TAB 75-50MG	TRIAMTERENE & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 75-50 MG	2				
VALSART/HCTZ TAB 160-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 160-12.5 MG	2		X		
VALSART/HCTZ TAB 160-25MG	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 160-25 MG	2		X		
VALSART/HCTZ TAB 320-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 320-12.5 MG	2		X		
VALSART/HCTZ TAB 320-25MG	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 320-25 MG	2		X		
VALSART/HCTZ TAB 80-12.5	VALSARTAN-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 80-12.5 MG	2		X		
VALSARTAN TAB 160MG	VALSARTAN TAB 160 MG	2		X		
VALSARTAN TAB 320MG	VALSARTAN TAB 320 MG	2		X		
VALSARTAN TAB 40MG	VALSARTAN TAB 40 MG	2		X		
VALSARTAN TAB 80MG	VALSARTAN TAB 80 MG	2		X		
VERAPAMIL CAP 100MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER24HR100 MG	3				
VERAPAMIL CAP 120MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER24HR120 MG	3				
VERAPAMIL CAP 120MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER24HR120 MG	3				
VERAPAMIL CAP 180MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER24HR180 MG	3				
VERAPAMIL CAP 180MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER24HR180 MG	3				
VERAPAMIL CAP 200MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 200 MG	3				
VERAPAMIL CAP 240MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER24HR240 MG	3				
VERAPAMIL CAP 240MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 240 MG	3				
VERAPAMIL CAP300MG ER	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR300 MG	3				
VERAPAMIL CAP 360MG SR	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 360 MG	3				
VERAPAMIL TAB 120MG	VERAPAMIL HCL TAB 120 MG	2				
VERAPAMIL TAB 120MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 120 MG	2				
VERAPAMIL TAB 180MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 180 MG	2				
VERAPAMIL TAB 240MG ER	VERAPAMIL HCL TAB ER 240 MG	2				
VERAPAMIL TAB 40MG	VERAPAMIL HCL TAB 40 MG	2				
VERAPAMIL TAB 80MG	VERAPAMIL HCL TAB 80 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
<b>Agentes para el sistema nervioso central</b>						
AMPHET/DEXTRCAP10MG ER	AM PH ETAMIN E-DEXTROAM PHETAMIN E CAP ER24HR10 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTRCAP15MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER24HR15 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTRCAP20MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER24HR20 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTRCAP 25MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER24HR25 MG	1	X	X		
AMPHE1/DEXTR CAP 30MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER24HR30 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTRCAP5MG ER	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE CAP ER24HR5 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 10MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 10 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 12.5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 12.5 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 15MG	AM PHETAMIN E-DEXTROAM PH ETAMIN E TAB 15 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 20MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 20 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 30MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 30 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 5 MG	1	X	X		
AMPHET/DEXTR TAB 7.5MG	AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE TAB 7.5 MG	1	X	X		
AMPHETAMINE TAB 10MG	AMPHETAMINE SULFATE TAB 10 MG	1	X			
AMPHETAMINE TAB 5MG	AMPHETAMINE SULFATE TAB 5 MG	1	X			
AUSTEDO TAB 12MG	DEUTETRABENAZINE TAB 12 MG	4	X	X		SP, BH*
AUSTEDO TAB 6MG	DEUTETRABENAZINE TAB 6 MG	4	X	X		SP, BH*
AUSTEDO TAB 9MG	DEUTETRABENAZINE TAB 9 MG	4	X	X		SP, BH*
AVONEX PEN KIT30MCG	INTERFERON BETA-1AIM AUTO-INJECTOR KIT30 MCG/ 0.5ML	4	X	X		SP
AVONEX PREFL KIT30MCG	INTERFERON BETA-1AIM PREFILLED SYRINGE KIT30 MCG/ 0.5ML	4	X	X		SP
BETASERON INJ 0.3MG	INTERFERON BETA-1B FOR INJ KIT 0.3 MG	4	X	X		SP
CAFFEINE CITSOL 20MG/ML	CAFFEINE CITRATE ORAL SOLN 60 MG/3ML (10 MG/ ML BASE EQUIV)	2				
CAFFEINE CIT SOL 60MG/3ML	CAFFEINE CITRATE ORAL SOLN 60 MG/3ML (10 MG/ ML BASE EQUIV)	2				
CLONIDINE TAB 0.1MG ER	CLONIDINE HOL TAB ER12HR0.1 MG	1				
DALFAMPRIDIN TAB 10MG ER	DALFAMPRIDINE TAB ER 12HR10 MG	4	X	X		SP
DAYBUE SOL 200MG/ML	TROFINETIDE ORAL SOLN 200 MG / ML	1	X	X		SP
DEXMETHYLPH TAB 10MG	DEXMETHYLPHENIDATE HOL TAB 10 MG	1	X	X		
DEXMETHYLPH TAB 2.5MG	DEXMETHYLPHENIDATE HCL TAB 2.5 MG	1	X	X		
DEXMETHYLPH TAB 5MG	DEXMETHYLPHENIDATE HCL TAB 5 MG	1	X	X		
DEXTROAMPHET SOL 5MG/5ML	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	1	X			

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
DEXTROAMPHET TAB 10MG	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TAB 10 MG	1	X	X		
DEXTROAMPHET TAB 5MG	DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TAB 5 MG	1	X	X		
DIMETHYL FUM CAP 120MG DR	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG	4	X	X		SP
DIMETHYL FUM CAP 240MG DR	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG	4	X	X		SP
DIMETHYL FUM CAP STARTER	DIMETHYL FUMARATE CAPSULE DR STARTER PACK 120 MG & 240 MG	4	X	X		SP
DULOXETINE CAP 20MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 20 MG (BASE EQ)	1		X		
DULOXETINE CAP 30MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 30 MG (BASE EQ)	1		X		
DULOXETINE CAP 60MG	DULOXETINE HCL ENTERIC COATED PELLETS CAP 60 MG (BASE EQ)	1		X		
FINGOLIMOD CAP 0.5MG	FINGOLIMOD HCL CAP 0.5 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
GLATT RAMER INJ 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	4	X	X		SP
GLATIRAMER INJ 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	4	X	X		SP
GLATOPA INJ 20MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	4	X	X		SP
GLATOPA INJ 40MG/ML	GLATIRAMER ACETATE SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	4	X	X		SP
GUANFACINE TAB 1MG ER	GUANFACINE HOL TAB ER24HR1 MG (BASE EQUIV)	1		X		
GUANFACINE TAB 2MG ER	GUANFACINE HOL TAB ER24HR2 MG (BASE EQUIV)	1		X		
GUANFACINE TAB 3MG ER	GUANFACINE HOL TAB ER24HR3 MG (BASE EQUIV)	1		X		
GUANFACINE TAB 4MG ER	GUANFACINE HOL TAB ER24HR4 MG (BASE EQUIV)	1		X		
INGREZZA CAP 40-80MG	VALBENZAZINE TOSYLATE CAP THERAPY PACK 40 MG (7) & 80 MG (21)	6	X	X		SP, BH*
INGREZZA CAP 40 MG	VALBENZAZINE TOSYLATE CAP 40 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP, BH*
INGREZZA CAP 60MG	VALBENZAZINE TOSYLATE CAP 60 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP, BH*
INGREZZA CAP 80MG	VALBENZAZINE TOSYLATE CAP 80 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP, BH*
METHAMPHETAM TAB 5MG	METHAMPHETAMINE HCL TAB 5 MG	1	X			
METHYLPHENID SOL 10MG/5ML	METHYLPHENIDATE HCL SOLN 10 MG/ 5ML	1	X	X		
METHYLPHENID SOL 5MG/5ML	METHYLPHENIDATE HCL SOLN 5 MG/ 5ML	1	X	X		
METHYLPHENID TAB 10MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 10 MG	1	X	X		
METHYLPHENID TAB 10MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER 10 MG	1	X	X		
METHYLPHENID TAB 18MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 18 MG	1	X	X		
METHYLPHENID TAB 20MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 20 MG	1	X	X		
METHYLPHENID TAB 20MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER20 MG	1	X	X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
METHYLPHENID TAB 27MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 27 MG	1	X	X		
METHYLPHENID TAB 36MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 36 MG	1	X	X		
METHYLPHENID TAB 54MG ER	METHYLPHENIDATE HCL TAB ER OSMOTIC RELEASE (OSM) 54 MG	1	X	X		
METHYLPHENID TAB 5MG	METHYLPHENIDATE HCL TAB 5 MG	1	X	X		
PHENTERMINE CAP 15MG	PHENTERMINE HCL CAP 15 MG	2	X			
PHENTERMINE CAP 30MG	PHENTERMINE HCL CAP 30 MG	2	X			
PHENTERMINE CAP 37.5MG	PHENTERMINE HCL CAP 37.5 MG	2	X			
PHENTERMINE TAB 37.5MG	PHENTERMINE HCL TAB 37.5 MG	2	X			
PREGABALIN CAP 100MG	PREGABALIN CAP 100 MG	2		X		BH*
PREGABALIN CAP ISOMG	PREGABALIN CAP 150 MG	2		X		BH*
PREGABALIN CAP 200MG	PREGABALIN CAP 200 MG	2		X		BH*
PREGABALIN CAP 225MG	PREGABALIN CAP 225 MG	2		X		BH*
PREGABALIN CAP 25MG	PREGABALIN CAP 25 MG	2		X		BH*
PREGABALIN CAP300MG	PREGABALIN CAP 300 MG	2		X		BH*
PREGABALIN CAP 50MG	PREGABALIN CAP 50 MG	2		X		BH*
PREGABALIN CAP 75MG	PREGABALIN CAP 75 MG	2		X		BH*
QSYMIA CAP 11.25-69	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE CAP ER 24HR 11.25-69 MG	5	X			
QSYMIA CAP 15-92 MG	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE CAP ER 24HR15-92 MG	5	X			
QSYMIA CAP 3.75-23	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE CAP ER 24HR3.75-23 MG	5	X			
QSYMIA CAP 7.5-46MG	PHENTERMINE HCL-TOPIRAMATE CAP ER 24HR7.5-46 MG	5	X			
RILUZOLE TAB 50MG	RILUZOLE TAB 50 MG	4				SP, BH*
SAVELLA MIS TITR PAK	MILNACIPRAN HCL TAB 12.5 MG (5) & 25 MG (8) & 50 MG (42) PAK	5		X	X	BH*
SAVELLA TAB 100MG	MILNACIPRAN HCL TAB 100 MG	5		X	X	BH*
SAVELLA TAB 12.5MG	MILNACIPRAN HCL TAB 12.5 MG	5		X	X	BH*
SAVELLA TAB 25MG	MILNACIPRAN HCL TAB 25 MG	5		X	X	BH*
SAVELLA TAB 50MG	MILNACIPRAN HCL TAB 50 MG	5		X	X	BH*
TERIFLUNOMID TAB 14MG	TERIFLUNOMIDE TAB 14 MG	4	X	X		SP
TERIFLUNOMID TAB 7MG	TERIFLUNOMIDE TAB 7 MG	4	X	X		SP
TETRABENAZIN TAB 12.5MG	TETRABENAZINE TAB 12.5 MG	4	X	X		SP
TETRABENAZIN TAB 25MG	TETRABENAZINE TAB 25 MG	4	X	X		SP
Dental and oral agents						
CEVIMELINE CAP 30MG	CEVIMELINE HCL CAP 30 MG	3				
CHLORHEX GLU SOL 0.12%	CHLORHEXIDINE GLUCONATE SOLN 0.12%	2				
KOURZEQ PST 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE DENTAL PASTE 0.1%	2				
ORALONE DENT PST 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE DENTAL PASTE 0.1%	2				
PERIOGARD SOL 0.12%	CHLORHEXIDINE GLUCONATE SOLN 0.12%	2				
PILOCARPINE TAB 5MG	PILOCARPINE HCL TAB 5 MG	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PILOCARPINE TAB 7.5MG	PILOCARPINE HCL TAB 75 MG	3				
TRIAMCINOLON PST 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE DENTAL PASTE 0.1%	2				
TRIAMCINOLON PST DEN 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE DENTAL PASTE 0.1%	2				
<b>Agentes dermatológicos</b>						
ACUTANE CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	3				
ACUTANE CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	3				
ACUTANE CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	3				
ACUTANE CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	3				
ACITRETIN CAP 10MG	ACITRETIN CAP 10 MG	3				
ACITRETIN CAP 17.5MG	ACITRETIN CAP 17.5 MG	3				
ACITRETIN CAP 25MG	ACITRETIN CAP 25 MG	3				
ADAPALENE ORE 0.1%	ADAPALENE CREAM 0.1%	3	X	X		
ADAPALENE GEL 0.1%	ADAPALENE GEL 0.1%	3	X	X		
ADAPALENE GEL 0.3%	ADAPALENE GEL 0.3%	3	X	X		
ADAPALENE GEL PMP 0.3%	ADAPALENE GEL 0.3%	3	X	X		
AMMONIUM LACRE12%	LACTIC ACID (AMMONIUM LACTATE) CREAM 12%	2				
AMNESTEEM CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	3				
AMNESTEEM CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	3				
AMNESTEEM CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	3				
AZELAIC ACID GEL 15%	AZELAIC ACID GEL 15%	3		X		
BRIMONIDINE GEL 0.33%	BRIMONIDINE TARTRATE GEL 0.33% (BASE EQUIVALENT)	3		X		
CALCIP/BETAM SUS	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DIPROPIONATE SUSP 0.005-0.064%	3		X		
CALCIPOTRIEN CRE 0.005%	CALCIPOTRIENE CREAM 0.005%	3		X		
CALCIPOTRIEN OIN 0.005%	CALCIPOTRIENE OINT 0.005%	3		X		
CALCIPOTRIEN OIN BETAMETH	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DIPROPIONATE OINT 0.005-0.064%	3		X		
CALCIPOTRIEN SOL 0.005%	CALCIPOTRIENE SOLN 0.005% (50 MCG/ ML)	3		X		
CALCITRIOL OIN 3MCG/GM	CALCITRIOL OINT 3 MCG/ GM	3		X		
CLARAVIS CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	3				
CLARAVIS CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	3				
CLARAVIS CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	3				
CLARAVIS CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	3				
CLINDAMY/BEN GEL 1.2-5%	CLINDAMYCIN PHOSPH-BENZOYL PEROXIDE (REFRIG) GEL 1.2 (I)-5%	3		X		
CLINDAMYCIN GEL 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE GEL 1%	3		X		
CLINDAMYCIN LOT 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	3		X		
CLINDAMYCIN LOT10MG/ML	CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOTION 1%	3		X		
CLINDAMYCIN MIS 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SWAB 1%	2		X		
CLINDAMYCIN SOL 1%	CLINDAMYCIN PHOSPHATE SOLN 1%	2		X		
DOXEPIN HCL CRE 5%	DOXEPIN HCL CREAM 5%	3	X	X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
DUOBRII LOT	HALOBETASOL PROPIONATE-TAZAROTENE LOTION 0.01-0.045%	5		X	X	
DUPIXENT INJ 100/0.67	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG/ 0.67ML	4	X	X		SP
DUPIXENT INJ 200/1.14	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 200 MG/ 1.14ML	4	X	X		SP
DUPIXENT INJ 200MG	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PENINJECTOR 200 MG/1.14ML	4	X	X		SP
DUPIXENT INJ 300/2ML	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PEN-INJECTOR300 MG/2ML	4	X	X		SP
DUPIXENT INJ 300/2ML	DUPILUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	4	X	X		SP
ERY PAD 2%	ERYTHROMYCIN PADS 2%	2				
ERY/BENZOYL GEL 3-5%	BENZOYL PEROXIDE-ERYTHROMYCIN GEL 5-3%	3		X		
ERYTHROMYCIN GEL 2%	ERYTHROMYCIN GEL 2%	3				
ERYTHROMYCIN SOL 2%	ERYTHROMYCIN SOLN 2%	3				
ESKATA SOL 40%	HYDROGEN PEROXIDE SOLN 40%	5				
IMIQUIMOD CRE 5%	IMIQUIMOD CREAM 5%	2		X		STI*
ISOTRETINOIN CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	3				
ISOTRETINOIN CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	3				
ISOTRETINOIN CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	3				
ISOTRETINOIN CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	3				
IVERMECTIN ORE 1%	IVERMECTIN CREAM 1%	3		X		
METHOXSALEN CAP 10MG	METHOXSALEN RAPID CAP 10 MG	3				
M ETRONIDAZOL ORE 0.75%	METRONIDAZOLE CREAM 0.75%	3				
M ETRO NIDAZO L GEL 0.75%	METRONIDAZOLE GEL 0.75%	3				
M ETRO NIDAZO L LOT 0.75%	METRONIDAZOLE LOTION 0.75%	3				
MYORISAN CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	3				
MYORISAN CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	3				
MYORISAN CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	3				
MYORISAN CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	3				
PIMECROLIMUS ORE 1%	PIMECROLIMUS CREAM 1%	3		X	X	
PODOFILOX GEL 0.5%	PODOFILOX GEL 0.5%	3				STI*
PODOFILOX SOL 0.5%	PODOFILOX SOLN 0.5%	2				STI*
REGNANEX GEL 0.01%	BECAPLERMIN GEL 0.01%	3	X	X		
SANTYL OIN 250/GM	COLLAGENASE OINT 250 UNIT/ GM	5		X		
SELENIUM SUL LOT 2.5%	SELENIUM SULFIDE LOTION 2.5%	2				
STELARA INJ 45MG/0.5	USTEKINUMAB INJ 45 MG/ 0.5ML	4	X	X		SP
STELARA INJ 45MG/0.5	USTEKINUMAB SOLN PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	4	X	X		SP
STELARA INJ 90MG/ML	USTEKINUMAB SOLN PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	4	X	X		SP
SULFACETAMID LOT 10%	SULFACETAMIDE SODIUM LOTION 10% (ACNE)	3				
TACROLIMUS OIN 0.03%	TACROLIMUS OINT0.03%	3		X	X	
TACROLIMUS OIN 0.1%	TACROLIMUS OINT0.1%	3		X	X	
TAZAROTENE ORE 0.1%	TAZAROTENE CREAM 0.1%	3	X	X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
TAZAROTENE GEL 0.05%	TAZAROTENE GEL 0.05%	3	X	X		
TAZAROTENE GEL 0.1%	TAZAROTENE GEL 0.1%	3	X	X		
TRETINOIN ORE 0.025%	TRETINOIN CREAM 0.025%	3	X	X		
TRETINOIN ORE 0.05%	TRETINOIN CREAM 0.05%	3	X	X		
TRETINOIN ORE 0.1%	TRETINOIN CREAM 0.1%	3	X	X		
VEREGEN OIN 15%	SINECATECHINS OINT 15%	5		X		STI*
ZENATANE CAP 10MG	ISOTRETINOIN CAP 10 MG	3				
ZENATANE CAP 20MG	ISOTRETINOIN CAP 20 MG	3				
ZENATANE CAP 30MG	ISOTRETINOIN CAP 30 MG	3				
ZENATANE CAP 40MG	ISOTRETINOIN CAP 40 MG	3				
<b>Electrolitos/minerales/metales/vitaminas</b>						
A TAB EX EC TAB 29-1MG	PRENATAL VITW/ DSS-IRON CARBONYL-FA TAB DR 29-1 MG	2				
A TAB EX OB TAB 29-1MG	PRENATAL VITW/ FE BISGLYCINATE CHELATE-FA TAB 29-1 MG	2				
AURYXIA TAB 210MG	FERRIC CITRATE TAB 1 GM (210 MG FERRIC IRON)	4				SP
CALC ACETATE CAP 667MG	CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) CAP 667 MG (169 MG CA)	2				
CALC ACETATE TAB 667MG	CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) TAB 667 MG	2				
CARGLUMIC TAB 200MG	CARGLUMIC ACID SOLUBLE TAB 200 MG	6	X			SP
CHEMET CAP 100MG	SUCCIMER CAP 100 MG	3				
COMPLETE NAT PAK DHA	PRENAT-FE BIS-FE PROT SUCC-FA-CA TAB & OMEGA3CAP200 PK	2				
COMPLETENATE CHW	PRENATAL VITW/ FE FUMARATE-FA CHEW TAB 29-1 MG	2				
CO-NATAL FA TAB 29-1MG	PRENATAL VITW/ FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG	2				
CYANOCOBALAM INJ 1000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ ML	2				
CYANOCOBALAM INJ 1000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ ML	2				
CYANOCOBALAM INJ 3000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG/ ML	2				
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG	CYANOCOBALAMIN INJ 2000 MCG/ ML	2				
DEFERASIROX GRA180MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET 180 MG	6	X			SP
DEFERASIROX GRA360MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET360 MG	6	X			SP
DEFERASIROX GRA 90MG	DEFERASIROX GRANULES PACKET 90 MG	6	X			SP
DEFERASIROX TAB 125MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 125 MG	6	X			SP
DEFERASIROX TAB 180MG	DEFERASIROX TAB 180 MG	4	X			SP
DEFERASIROX TAB 250MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 250 MG	6	X			SP
DEFERASIROX TAB 360MG	DEFERASIROX TAB 360 MG	4	X			SP
DEFERASIROX TAB 500MG	DEFERASIROX TAB FOR ORAL SUSP 500 MG	6	X			SP
DEFERASIROX TAB 90MG	DEFERASIROX TAB 90 MG	4	X			SP
DODEX INJ	CYANOCOBALAMIN INJ 1000 MCG /ML	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
EFFER-K TAB 10MEQ	POTASSIUM BICARBONATE-CITRIC ACID EFFER TAB 10 MEQ	3				
EFFER-K TAB 20MEQ	POTASSIUM BICARBONATE-CITRIC ACID EFFER TAB 20 MEQ	3				
EFFER-K TAB 25MEQEF	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	2				
FA-8 CAP 800MCG	FOLIC ACID CAP 0.8 MG	1				
FLUORIDE CHW 0.25MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.25 MG F (FROM 0.55 MG NAF)	1				PRV-A
FLUORIDE CHW 0.5MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	1				PRV-A
FLUORIDE CHW IMG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	1				PRV-A
FLUORI TAB DRO 0.125MG	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.125 MG/ DROP F (0.275 MG/DROP NAF)	1				PRV-A
FOLIC ACID TAB 1000MCG	FOLIC ACID TAB IMG	2				
FOLIC ACID TAB IMG	FOLIC ACID TAB IMG	2				
FOLIC ACID TAB 400MCG	FOLIC ACID TAB 400 MCG	1				
FOLIC ACID TAB 800MCG	FOLIC ACID TAB 800 MCG	1				
FOLIVANE-OB CAP	PRENATAL W/ O A W/ FE FUM-FE POLY-FA CAP 85-1 MG	2				
FOSRENOL POW1000MG	LANTHANUM CARBONATE ORAL POWDER PACK 1000 MG (ELEMENTAL)	5				
FOSRENOL POW 750MG	LANTHANUM CARBONATE ORAL POWDER PACK 750 MG (ELEMENTAL)	5				
GALZINCAP 25MG	ZINC ACETATE CAP 25 MG (ELEMENTAL ZINC)	5				
GALZIN CAP 50MG	ZINC ACETATE CAP 50 MG (ELEMENTAL ZINC)	5				
INATAL GT TAB	PRENATAL VITW/ DSS-IRON CARBONYL-FA TAB 90-1 MG	2				
KLOR-CON PAK20MEQ	POTASSIUM CHLORIDE POWDER PACKET 20 MEO	3				
KLOR-CON 10 TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 10 MEO	2				
KLOR-CON 8 TAB 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 8 MEQ (600 MG)	2				
KLOR-CON MIO TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYST ER TAB 10 MEQ	2				
KLOR-CON M15 TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYST ER TAB 15 MEQ	2				
KLOR-CON M20 TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYST ER TAB 20 MEQ	2				
KLOR-CON/EF TAB 25MEQ FR	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	2				
K-PRIME TAB 25MEQ EF	POTASSIUM BICARBONATE EFFER TAB 25 MEQ	2				
LANTHANUM CHW1000MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 1000 MG (ELEMENTAL)	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
LANTHANUM CHW 500MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 500 MG (ELEMENTAL)	3				
LANTHANUM CHW750MG	LANTHANUM CARBONATE CHEW TAB 750 MG (ELEMENTAL)	3				
LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML	LEVOCARNITINE ORAL SOLN 1 GM/ 10ML (10%)	3				
LEVOCARNITIN TAB 330MG	LEVOCARNITINE TAB 330 MG	2				
LOKELMA PAK10GM	SODIUM ZIRCONIUM CYCLOSILICATE FOR SUSP PACKET 10 GM	5	X	X		
LOKELMA PAK 5GM	SODIUM ZIRCONIUM CYCLOSILICATE FOR SUSP PACKET 5 GM	5	X	X		
M-NATALPLUS TAB	PRENATAL VITW/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
NAFRINSE CHW IMG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	1				PRV-A
NAFRINSE DRO 0.125MG	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.125 MG/ DROP F (0.275 MG/DROP NAF)	1				PRV-A
NATALVIT TAB 75-1MG	PRENATALVITW/FE FUMARATE-FA TAB 75-1 MG	2				
NEONATAL TAB COMPETE	PRENATAL VITW/FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
NEONATAL TAB PLUS	PRENATAL VITW/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
NEONATAL PLS TAB 27-1MG	PRENATAL VITW/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
NIVA-PLUS TAB	PRENATAL VITW/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
OBSTETRIX EC TAB	PRENATAL VIT W/ DSS-IRON CARBONYL-FA TAB 29-1 MG	2				
OBSTETRX ONE CAP 38-1-225	PRENAT W/OAW/ FECBN-BISG-METHYLF- DSS-DHA CAP 38-1-225 MG	2				
ONE VITE TAB IMG PLUS	PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
PHOSLYRASOL	CALCIUM ACETATE (PHOSPHATE BINDER) ORAL SOLN 667 MG/5ML	5				
PHYTONADIONE TAB 5MG	PHYTONADIONE TAB 5 MG	3	X			
PNV-DHA CAP DOCUSATE	PRENATAL W/ 0 VIT A W/ FE FUM-DSS-FA- DHA CAP 27-1.25-300 MG	2				
POT CHLORIDE CAP 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER 10 MEO	2				
POT CHLORIDE CAP 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER 8 MEQ	2				
POT CHLORIDE POW 20MEQ	POTASSIUM CHLORIDE POWDER PACKET 20 MEQ	3				
POT CHLORIDE SOL 10%	POTASSIUM CHLORIDE ORAL SOLN 10% (20 MEQ/15ML)	2				
POT CHLORIDE SOL 20%	POTASSIUM CHLORIDE ORAL SOLN 20% (40 MEQ/15ML)	2				
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRY ER TAB 10 MEQ	2				
POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 10 MEQ	2				
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRY ER TAB 20 MEQ	2				
POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER 20 MEQ (1500 MG)	2				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
POT CHLORIDE TAB 8MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE TAB ER8 MEQ (600 MG)	2				
POT CITRA ER TAB 1080MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 10 MEQ (1080 MG)	3				
POT CITRA ER TAB 1620MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 15 MEQ (1620 MG)	3				
POT CITRA ER TAB 540MG	POTASSIUM CITRATE TAB ER 5 MEQ (540 MG)	3				
POT CL MICRO TAB 10MEQ CR	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 10 MEQ	2				
POT CL MICRO TAB 10MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 10 MEQ	2				
POT CL MICRO TAB 15MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 15 MEQ	2				
POT CL MICRO TAB 20MEQ ER	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 20 MEQ	2				
POTASSIUM CH TAB 15MEQ	POTASSIUM CHLORIDE MICROENCAPSULATED CRYSTALS ER TAB 15 MEQ	2				
PRENATAL TAB PLUS	PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	PRENATAL VIT W/ DSS-FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG	2				
PRENATAL PLS MIS MV + DHA	PRENAT W/ FE FUM-FA TAB 27-1 MG & OMEGA 3 CAP 312 MG PAK	2				
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	PRENATALVITW/FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
PRENATAL-U CAP 106.5-1	PRENATAL W/ O A VIT W/ FE FUMARATE-FA CAP 106.5-1 MG	2				
PRENATRIX TAB	PRENATALVITW/FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
PRENATRYL TAB	PRENATAL VITW/FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
PREPLUS TAB 27-1MG	PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
PROVIDA OB CAP	PRENATAL W/ O A W/ FE FUM-FE POLY-FA CAP 20-20-1.25 MG	2				
SE-NATAL19 CHW	PRENATALVITW/FE FUMARATE-FACHEW TAB 29-1 MG	2				
SE-NATAL19 TAB	PRENATAL VIT W/ DSS-FE FUMARATE-FA TAB 29-1 MG	2				
SEVELAMER POW 0.8GM	SEVELAMER CARBONATE PACKET 0.8 GM	3				
SEVELAMER POW 2.4GM	SEVELAMER CARBONATE PACKET 2.4 GM	3				
SEVELAMER TAB 800MG	SEVELAMER CARBONATE TAB 800 MG	3				
SOD FLUORIDE CHW 0.25MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.25 MG F (FROM 0.55 MG NAF)	1				PRV-A
SOD FLUORIDE CHW 0.5MG F	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	1				PRV-A
SOD FLUORIDE CHW1.1MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	1				PRV-A
SOD FLUORIDE CHW2.2MG	SODIUM FLUORIDE CHEW TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	1				PRV-A

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
SOD FLUORIDE DRO 0.5MG/ML	SODIUM FLUORIDE SOLN 0.5 MG/ ML F (FROM 1.1 MG/ML NAF)	1				PRV-A
SOD FLUORIDE TAB 0.5MG F	SODIUM FLUORIDE TAB 0.5 MG F (FROM 1.1 MG NAF)	1				PRV-A
SOD FLUORIDE TAB IMG F	SODIUM FLUORIDE TAB 1 MG F (FROM 2.2 MG NAF)	1				PRV-A
SOD POLY SUL POW	SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE POWDER	2				
SPS SUS 15GM/60	SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE ORAL SUSP 15 GM / 60ML	3				
TARON-C DHA CAP	PRENATAL W/ FE FUM-FE POLY-FA-OMEGA3 CAP 35-1 MG	2				
THRIVITE RX TAB 29-1MG	PRENATAL VIT W/ IRON CARBONYL-FA TAB 29-1 MG	2				
TRICARE TAB PRENATAL	PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
TRIENTINE CAP 250MG	TRIENTINE HCL CAP 250 MG	6	X	X		SP
TRINATAL RX TAB 1	PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 60-1 MG	2				
TRINATE TAB	PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 28-1 MG	2				
VELPHORO CHW 500MG	SUCROFERRIC OXYHYDROXIDE CHEW TAB 500 MG	4				SP
VELTASSA POW 16.8GM	PATIROMER SORBITEX CALCIUM FOR SUSP PACKET 16.8 GM (BASE EQ)	5	X	X		
VELTASSA POW 25.2GM	PATIROMER SORBITEX CALCIUM FOR SUSP PACKET 25.2 GM (BASE EQ)	5	X	X		
VELTASSA POW 8.4GM	PATIROMER SORBITEX CALCIUM FOR SUSP PACKET 8.4 GM (BASE EQ)	5	X	X		
VINATEH TAB	PRENATAL VITW/FE BISGLYCINATE CHELATE-FA TAB 29-1 MG	2				
VINATE ONE TAB	PRENATAL VITW/FE FUMARATE-FA TAB 60-1 MG	2				
VITAMIN D CAP 1.25MG	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	2				
VITAMIN D CAP 50000UNT	ERGOCALCIFEROL CAP 1.25 MG (50000 UNIT)	2				
VITATHELY TAB	PRENATAL VITW/FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	PRENAT-FE BIS-FE PROT SUCC-FA-CA TAB & OMEGA3CAP200 PK	2				
WES TAB PLUS TAB 27-1MG	PRENATAL VIT W/ FE FUMARATE-FA TAB 27-1 MG	2				
WILZIN CAP 25MG	ZINC ACETATE CAP 25 MG (ELEMENTAL ZINC)	5				
<b>Agentes gastrointestinales</b>						
ALOSETRON TAB 0.5MG	ALOSETRON HOL TAB 0.5 MG (BASE EQUIV)	3	X	X		
ALOSETRON TAB IMG	ALOSETRON HCL TAB 1 MG (BASE EQUIV)	3	X	X		
ALVIMOPAN CAP 12MG	ALVIMOPAN CAP 12 MG	3				
BISACODYL TAB 5MG EC	BISACODYL TAB DELAYED RELEASE 5 MG	1		X		
CIMETIDINE SOL 300/5ML	CIMETIDINE HCL SOLN 300 MG/ 5ML	2				
CIMETIDINE SOL 400MG	CIMETIDINE HCL SOLN 300 MG/ 5ML	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CIMETIDINE TAB 200MG	CIMETIDINE TAB 200 MG	2				
CIMETIDINE TAB 300MG	CIMETIDINE TAB 300 MG	2				
CIMETIDINE TAB 400MG	CIMETIDINE TAB 400 MG	2				
CIMETIDINE TAB 800MG	CIMETIDINE TAB 800 MG	2				
CITROMA SOL LEMONY	MAGNESIUM CITRATE SOLN	1		X		
CLEARLAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	1		X		
CLENPIQ SOL	SOD PICOSULFATE-MG OX-CITRIC AC SOL 10 MG-3.5 GM-12 GM / 160ML	5				PRV*
CLENPIQ SOL	SOD PICOSULFATE-MG OX-CITRIC AC SOL 10 MG-3.5 GM-12 GM / 175ML	5				PRV*
CONSTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/15ML	2				
CROMOLYN SOD CON 100/5ML	CROMOLYN SODIUM ORAL CONC100 MG/5ML	3				
CVS PURELAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	1		X		
DEXLANSOPRAZ CAP 30MG	DEXLANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 30 MG	3		X		
DEXLANSOPRAZ CAP 30MG DR	DEXLANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 30 MG	3		X		
DEXLANSOPRAZ CAP 60MG DR	DEXLANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 60 MG	3		X		
DICYCLOMINE CAP 10MG	DICYCLOMINE HCL CAP 10 MG	2				
DICYCLOMINE SOL 10MG/5ML	DICYCLOMINE HCL ORAL SOLN 10 MG/5ML	3				
DICYCLOMINE TAB 20MG	DICYCLOMINE HCL TAB 20 MG	2				
DIPHEN/ATROP LIO 2.5/5	DIPHENOXYLATE W/ ATROPINE LIO 2.5-0.025 MG/5ML	3				
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG	DIPHENOXYLATE W/ ATROPINE TAB 2.5-0.025 MG	2				
ENULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10GM/15ML	2				
ESOMEPRAZ MAG CAP 20MG DR	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAP DELAYED RELEASE 20 MG (BASE EQ)	2		X		
ESOMEPRAZ MAG CAP 40MG DR	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM CAP DELAYED RELEASE 40 MG (BASE EQ)	2		X		
FAMOTIDINE SUS 40MG/5ML	FAMOTIDINE FOR SUSP 40 MG/5ML	3				
FAMOTIDINE TAB 20MG	FAMOTIDINE TAB 20 MG	2				
FAMOTIDINE TAB 40MG	FAMOTIDINE TAB 40 MG	2				
GAVILAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	1		X		
GAVILYTE-C SOL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 240 GM	2		X		PRV*
GAVILYTE-G SOL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 236 GM	2		X		PRV*
GENERLAC SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10GM/15ML	2				
GENTLELAX POW	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	1		X		
GLYCOLAX POW3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	1		X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
GLYCOPYRROL TAB IMG	GLYCOPYRROLATE TAB 1 MG	2				
GLYCOPYRROL TAB 2MG	GLYCOPYRROLATE TAB 2 MG	2				
KRISTALOSE PAK10GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 10 GM	5				
KRISTALOSE PAK20GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 20 GM	5				
LACTULOSE PAK10GM	LACTULOSE ORAL CRYSTAL PACKET 10 GM	3				
LACTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE (ENCEPHALOPATHY) SOLUTION 10GM/15ML	2				
LACTULOSE SOL 10GM/15	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/ 15ML	2				
LACTULOSE SOL 20/30ML	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/ 15ML	2				
LANSOPR/AMOX PAK/CLARITH	AMOXICIL CAP &CLARITHRO TAB &LANSOPRAZ CAP DR 500 8-500 8-30MG	3		X		
LANSOPRAZOLE CAP 15MG DR	LANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 15 MG	3		X		
LANSOPRAZOLE CAP 30MG DR	LANSOPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 30 MG	3		X		
LINZESS CAP 145MCG	LINACLOTIDE CAP 145 MCG	3	X	X		
LINZESSCAP 290MCG	LINACLOTIDE CAP 290 MCG	3	X	X		
LINZESS CAP 72MCG	LINACLOTIDE CAP 72 MCG	3	X	X		
LOPERAMIDE CAP 2MG	LOPERAMIDE HCL CAP 2 MG	2				
LUBIPROSTONE CAP 24MCG	LUBIPROSTONE CAP 24 MCG	3		X		
LUBIPROSTONE CAP 8MCG	LUBIPROSTONE CAP 8 MCG	3		X		
MAG CITRATE SOL LEMON	MAGNESIUM CITRATE SOLN	1		X		
METHSCOPOLAM TAB 2.5MG	METHSCOPOLAMINE BROMIDE TAB 2.5 MG	3				
METHSCOPOLAM TAB 5MG	METHSCOPOLAMINE BROMIDE TAB 5 MG	3				
MIRALAX POW3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	1		X		
MISOPROSTOL TAB 100MCG	MISOPROSTOL TAB 100 MCG	2				
MISOPROSTOL TAB 200MCG	MISOPROSTOL TAB 200 MCG	2				
NIZATIDINE SOL 15MG/ML	NIZATIDINE ORAL SOLN 15 MG/ ML	3				
OMEPRAZOLE CAP 10MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 10 MG	2		X		
OMEPRAZOLE CAP 20MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 20 MG	2				
OMEPRAZOLE CAP40MG	OMEPRAZOLE CAP DELAYED RELEASE 40 MG	2				
OPIUM TIN 10MG/ML	OPIUM TINCTURE 17° (10 MG/ ML) (MORPHINE EQUIV)	3		X		
OSMOPREP TAB 1.5GM	SOD PHOS MONO-SOD PHOS DI TAB S 1.102-0.398 GM(1.5GM NA PHOS)	5				PRV*
PANTOPRAZOLE TAB 20MG	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 20 MG (BASE EQUIV)	2		X		
PANTOPRAZOLE TAB 40MG	PANTOPRAZOLE SODIUM EC TAB 40 MG (BASE EQUIV)	2		X		
PEG/NASUL/C/SOL NACL/POT	PEG 3350-KCL-NACL-NA SULFATE-NA ASCORBATE-C FOR SOLN 100 GM	3		X		PRV*
PEG-3350 SOL ELECTROL	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NACL-NA SULFATE FOR SOLN 236 GM	2		X		PRV*
PEG-3350/KCL SOL /SODIUM	PEG 3350-KCL-SOD BICARB-NACL FOR SOLN 420 GM	2		X		PRV*
PLENVUSOL	PEG 3350-KCL-NACL-NA SULFATE-NA ASCORBATE-C FOR SOLN 140 GM	5		X		PRV*

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
POLYETH GLYC POW3350 NF	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	1		X		
RABEPRAZOLE TAB 20MG	RABEPRAZOLE SODIUM EC TAB 20 MG	3		X		
RELISTOR INJ 12/0.6ML	METHYLNALTREXONE BROMIDE INJ 12 MG/ 0.6ML (20 MG /ML)	5	X	X		
RELISTOR INJ 8/0.4ML	METHYLNALTREXONE BROMIDE INJ 8 MG/ 0.4ML (20 MG/ ML)	5	X	X		
SODIUM/POTAS SOL MAGNESIU	SOD SULFATE-POT SULF-MG SULF ORAL SOL 175-3.13-1.6 GM / 177ML	3		X		PRV*
SUCRALFATE SUS 1GM/10ML	SUCRALFATE SUSP 1 GM/ 10ML	3	X			
SUCRALFATE TAB 1GM	SUCRALFATE TAB 1 GM	2				
SYMPROIC TAB 0.2MG	NALDEMEDINE TOSYLATE TAB 0.2 MG (BASE EQUIVALENT)	3	X	X		
URSODIOL CAP 300MG	URSODIOL CAP 300 MG	2				
URSODIOL TAB 250MG	URSODIOL TAB 250 MG	2				
URSODIOL TAB 500MG	URSODIOL TAB 500 MG	2				
XERMELO TAB 250MG	TELOTRISTAT ETHYL TAB 250 MG (AS TELOTRISTAT ETIPRATE)	6	X	X		SP
ZELNORM TAB 6MG	TEGASEROD MALEATE TAB 6 MG (BASE EQUIVALENT)	5	X	X		
<b>Trastorno genético o enzimático: reemplazo, modificadores, tratamiento</b>						
BETAINE ANHY POW	BETAINE POWDER FOR ORAL SOLUTION	4				SP
CREON CAP 12000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 12000-38000-60000 UNIT	3				
CREON CAP 24000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 24000-76000-120000 UNIT	3				
CREON CAP 3000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 3000-9500-15000 UNIT	3				
CREON CAP 36000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 36000-114000-180000 UNIT	3				
CREON CAP 6000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 6000-19000-30000 UNIT	3				
CYSTAGON CAP 150MG	CYSTEAMINE BITARTRATE CAP 150 MG	6				SP
CYSTAGON CAP 50MG	CYSTEAMINE BITARTRATE CAP 50 MG	6				SP
MYALEPT INJ 11.3MG	METRELEPTIN FOR SUBCUTANEOUS INJ 11.3 MG	6	X	X		SP
ZENPEP CAP 10000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 10000-32000-42000 UNIT	3				
ZENPEP CAP 15000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 15000-47000-63000 UNIT	3				
ZENPEPCAP20000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 20000-63000-84000 UNIT	3				
ZENPEPCAP25000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 25000-79000-105000 UNIT	3				
ZENPEPCAP3000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 3000-10000-14000 UNIT	3				
ZENPEP CAP 40000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 40000-126000-168000 UNIT	3				
ZENPEP CAP 5000UNIT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 5000-17000-24000 UNIT	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ZENPEP CAP 60000UNT	PANCRELIPASE (LIP-PROT-AMYL) DR CAP 60000-189600-252600 UNIT	3				
<b>Agentes genitourinarios</b>						
ALFUZOSIN TAB 10MG ER	ALFUZOSIN HCL TAB ER 24HR10 MG	2				
BETHANECHOL TAB 10MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 10 MG	2				
BETHANECHOL TAB 25MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 25 MG	2				
BETHANECHOL TAB 50MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 50 MG	2				
BETHANECHOL TAB 5MG	BETHANECHOL CHLORIDE TAB 5 MG	2				
CARDURA XL TAB 4MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB ER24 HR4 MG (BASE EQUIV)	5		X		
CARDURA XL TAB 8MG	DOXAZOSIN MESYLATE TAB ER 24 HR 8 MG (BASE EQUIV)	5		X		
DARIFENACIN TAB 15MG	DARIFENACIN HYDROBROMIDE TAB ER 24HR 15 MG (BASE EQUIV)	3		X	X	
DARIFENACIN TAB 7.5MG	DARIFENACIN HYDROBROMIDE TAB ER24HR 7.5 MG (BASE EQUIV)	3		X	X	
DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4	DUTASTERIDE-TAMSULOSIN HCL CAP 0.5-0.4 MG	3				
DUTASTERIDE CAP 0.5MG	DUTASTERIDE CAP 0.5 MG	2		X		
ELMIRON CAP 100MG	PENTOSAN POLYSULFATE SODIUM CAPS 100 MG	3				
ENCARE SUP 100MG	Nonoxynol-9 Vaginal Suppos 100 MG	1		X		
FESOTERODINE TAB 4MG ER	FESOTERODINE FUMARATE TAB ER24HR4 MG	3		X	X	
FESOTERODINE TAB 8MG ER	FESOTERODINE FUMARATE TAB ER 24HR 8 MG	3		X	X	
FINASTERIDE TAB 5MG	FINASTERIDE TAB 5 MG	2				
FLAVOXATE TAB 100MG	FLAVOXATE HCL TAB 100 MG	2				
GYNOLHGEL37o	NONOXYNOL-9 GEL 3%	1				
OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML	OXYBUTYNIN CHLORIDE SOLUTION 5 MG/ 5ML	2				
OXYBUTYNIN TAB 10MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER24HR10 MG	2		X		
OXYBUTYNIN TAB 15MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER24HR15 MG	2		X		
OXYBUTYNIN TAB 5MG	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB 5 MG	2				
OXYBUTYNIN TAB 5MG ER	OXYBUTYNIN CHLORIDE TAB ER 24HR 5 MG	2		X		
PENICILLAMIN CAP 250MG	PENICILLAMINE CAP 250 MG	6				SP
PENICILLAMIN TAB 250MG	PENICILLAMINE TAB 250 MG	6				SP
PHENAZO TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	2				
PHENAZOPYRID TAB 100MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 100 MG	2				
PHENAZOPYRID TAB 200MG	PHENAZOPYRIDINE HCL TAB 200 MG	2				
SILODOSIN CAP4MG	SILODOSIN CAP 4 MG	3		X		
SILODOSIN CAP 8MG	SILODOSIN CAP 8 MG	3		X		
SOLIFENACIN TAB 10MG	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 10 MG	2		X		
SOLIFENACIN TAB 5MG	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 5 MG	2		X		
TADALAFIL TAB 2.5MG	TADALAFIL TAB 2.5 MG	3		X		
TADALAFIL TAB 5MG	TADALAFIL TAB 5 MG	3		X		
TAMSULOSIN CAP 0.4MG	TAMSULOSIN HCL CAP 0.4 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
TERAZOSIN CAP 10MG	TERAZOSIN HCL CAP 10 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
TERAZOSIN CAP 1MG	TERAZOSIN HCL CAP 1 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
TERAZOSIN CAP 2MG	TERAZOSIN HCL CAP 2 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
TERAZOSIN CAP 5MG	TERAZOSIN HCL CAP 5 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
TODAY SPONGE MIS	NONOXYNOL-9 VAGINAL SPONGE 1000 MG	1				
TOLTERODINE CAP 2MG ER	TOLTERODINE TARTRATE CAP ER 24HR 2 MG	3				
TOLTERODINE CAP4MG ER	TOLTERODINE TARTRATE CAP ER 24HR4 MG	3				
TOLTERODINE TAB 1MG	TOLTERODINE TARTRATE TAB 1 MG	3				
TOLTERODINE TAB 2MG	TOLTERODINE TARTRATE TAB 2 MG	3				
TROSPIUM CHL CAP 60MG ER	TROSPIUM CHLORIDE CAP ER24HR60 MG	3			X	
TROSPIUM CL TAB 20MG	TROSPIUM CHLORIDE TAB 20 MG	3				
VCF VAGINAL GEL CONTRACE	NONOXYNOL-9 GEL 4%	1				
VCF VAGINAL MIS CONTRACP	NONOXYNOL-9 FILM 28%	1				
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)</b>						
ALA-SCALP LOT 2%	HYDROCORTISONE LOTION 2%	5				
ALCLOMETASON ORE 0.05%	ALCLOMETASONE DIPROPIONATE CREAM 0.05%	2				
ALCLOMETASON OIN 0.05%	ALCLOMETASONE DIPROPIONATE OINT 0.05%	2				
AMCINONIDE CRE 0.1%	AMCINONIDE CREAM 0.1%	3				
AMCINONIDE LOT 0.1%	AMCINONIDE LOTION 0.1%	3				
AMCINONIDE OIN 0.1%	AMCINONIDE OINT 0.1%	3				
APEXICON E CRE 0.05%	DIFLORASONE DIACETATE EMOLLIENT BASE CREAM 0.05%	3		X		
BETA DIPROP CRE 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED CREAM 0.05%	3				
BETA DIPROP GEL 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED GEL 0.05%	3				
BETA DIPROP LOT 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED LOTION 0.05%	3				
BETA DIPROP OIN 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED OINT 0.05%	3				
BETAMETH DIP CRE 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREAM 0.05%	3				
BETAMETH DIP LOT 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE LOTION 0.05%	3				
BETAMETH DIP OIN 0.05%	BETAMETHASONE DIPROPIONATE OINT 0.05%	3				
BETAMETH VAL CRE 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE CREAM 0.1% (BASE EQUIVALENT)	3				
BETAMETH VAL LOT 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE LOTION 0.1% (BASE EQUIVALENT)	3				
BETAMETH VAL OIN 0.1%	BETAMETHASONE VALERATE OINT 0.1% (BASE EQUIVALENT)	3				
CAPEX SHA 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE SHAMPOO 0.01%	3				
CLOBETASOL CRE 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE CREAM 0.05%	3		X		
CLOBETASOL GEL 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE GEL 0.05%	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CLOBETASOL OIN 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE OINT 0.05%	3		X		
CLOBETASOL SOL 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE SOLN 0.05%	2		X		
CLOBETASOL E CRE 0.05%	CLOBETASOL PROPIONATE EMOLLIENT BASE CREAM 0.05%	3		X		
CLOCORTOLONE CRE 0.1%	CLOCORTOLONE PIVALATE CREAM 0.1%	3		X	X	
CORDRAN 80X3 TAP 4MCG/CM	FLURANDRENOLIDE TAPE 4 MCG/ SQCM	5		X		
DESONIDE CRE 0.05%	DESONIDE CREAM 0.05%	3		X		
DESONIDE LOT 0.05%	DESONIDE LOTION 0.05%	3		X		
DESONIDE OIN 0.05%	DESONIDE OINT 0.05%	3		X		
DESOXIMETAS CRE 0.05%	DESOXIMETASONE CREAM 0.05%	3		X		
DESOXIMETAS CRE 0.25%	DESOXIMETASONE CREAM 0.25%	3		X		
DESOXIMETAS GEL 0.05%	DESOXIMETASONE GEL 0.05%	3		X		
DESOXIMETAS OIN 0.05%	DESOXIMETASONE OINT 0.05%	3		X		
DESOXIMETAS OIN 0.25%	DESOXIMETASONE OINT 0.25%	3		X		
DESOXIMETASO SPR 0.25%	DESOXIMETASONE SPRAY 0.25%	3		X		
DEXAMETHASON CON 1MG/ML	DEXAMETHASONE CONC1 MG/ ML	2				
DEXAMETHASON ELX 0.5/5ML	DEXAMETHASONE ELIXIRO.5 MG/5ML	2				
DEXAMETHASON SOL 0.5/5ML	DEXAMETHASONE SOLN 0.5 MG/5ML	2				
DEXAMETHASON TAB 0.5MG	DEXAMETHASONE TAB 0.5 MG	2				
DEXAMETHASON TAB 0.75MG	DEXAMETHASONE TAB 0.75 MG	2				
DEXAMETHASON TAB 1.5MG	DEXAMETHASONE TAB 1.5 MG	2				
DEXAMETHASON TAB IMG	DEXAMETHASONE TAB 1 MG	2				
DEXAMETHASON TAB 2MG	DEXAMETHASONE TAB 2 MG	2				
DEXAMETHASON TAB 4MG	DEXAMETHASONE TAB 4 MG	2				
DEXAMETHASON TAB 6MG	DEXAMETHASONE TAB 6 MG	2				
DIFLORASONE ORE 0.05%	DIFLORASONE DIACETATE CREAM 0.05%	3		X		
FLUDROCORT TAB 0.1MG	FLUDROCORTISONE ACETATE TAB 0.1 MG	2				
FLUOCIN ACET ORE 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.01%	3		X		
FLUOCIN ACET ORE 0.025%	FLUOCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.025%	3		X		
FLUOCIN ACET OIL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	3		X		
FLUOCIN ACET OIL 0.01% SC	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (SCALP OIL)	3		X		
FLUOCIN ACET OIL BODY	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (BODY OIL)	3		X		
FLUOCIN ACET OIL SCALP	FLUOCINOLONE ACETONIDE OIL 0.01% (SCALP OIL)	3		X		
FLUOCIN ACET OIN 0.025%	FLUOCINOLONE ACETONIDE OINT 0.025%	3		X		
FLUOCIN ACET SOL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE SOLN 0.01%	3		X		
FLUOCINONIDE ORE 0.05%	FLUOCINONIDE CREAM 0.05%	3		X		
FLUOCINONIDE ORE E 0.05%	FLUOCINONIDE EMULSIFIED BASE CREAM 0.05%	3		X		
FLUOCINONIDE GEL 0.05%	FLUOCINONIDE GEL 0.05%	3		X		
FLUOCINONIDE OIN 0.05%	FLUOCINONIDE OINT 0.05%	3		X		
FLUOCINONIDE SOL 0.05%	FLUOCINONIDE SOLN 0.05%	3		X		
FLURANDRENOL LOT 0.05%	FLURANDRENOLIDE LOTION 0.05%	3		X	X	

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
FLUTICASONE ORE 0.05%	FLUTICASONE PROPIONATE CREAM 0.05%	2				
FLUTICASONE OIN 0.005%	FLUTICASONE PROPIONATE OINT 0.005%	2				
HALOBETASOL ORE 0.05%	HALOBETASOL PROPIONATE CREAM 0.05%	3		X		
HALOBETASOL OIN 0.05%	HALOBETASOL PROPIONATE OINT 0.05%	3		X		
HC BUTYRATE ORE 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE CREAM 0.1%	3		X		
HC BUTYRATE ORE 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE HYDROPHILIC LIPO BASE CREAM 0.1%	3		X		
HC BUTYRATE OIN 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE OINT 0.1%	3				
HC BUTYRATE SOL 0.1%	HYDROCORTISONE BUTYRATE SOLN 0.1%	3				
HC VALERATE ORE 0.2%	HYDROCORTISONE VALERATE CREAM 0.2%	3		X		
HC VALERATE OIN 0.2%	HYDROCORTISONE VALERATE OINT 0.2%	3		X		
HYDROCORT ORE 2.5%	HYDROCORTISONE CREAM 2.5%	2				
HYDROCORT LOT 2.5%	HYDROCORTISONE LOTION 2.5%	2				
HYDROCORT OIN 1%	HYDROCORTISONE OINT 1%	2				
HYDROCORT OIN 2.5%	HYDROCORTISONE OINT 2.5%	2				
HYDROCORT TAB 10MG	HYDROCORTISONE TAB 10 MG	2				
HYDROCORT TAB 20MG	HYDROCORTISONE TAB 20 MG	2				
HYDROCORT TAB 5MG	HYDROCORTISONE TAB 5 MG	2				
METHYLPRED TAB 16MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 16 MG	2				
METHYLPRED TAB 32MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 32 MG	2				
METHYLPRED TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 4 MG	2				
METHYLPRED TAB 4MG	METHYLPREDNISOLONE TAB THERAPY PACK 4 MG (21)	2				
METHYLPRED TAB 8MG	METHYLPREDNISOLONE TAB 8 MG	2				
MOMETASONE ORE 0.1%	MOMETASONE FUROATE CREAM 0.1%	2				
MOMETASONE OIN 0.1%	MOMETASONE FUROATE OINT 0.1%	2				
MOMETASONE SOL 0.1%	MOMETASONE FUROATE SOLUTION 0.1% (LOTION)	2				
NOLIX LOT 0.05%	FLURANDRENOLIDE LOTION 0.05%	3	X	X		
PANDEL ORE 0.1%	HYDROCORTISONE PROBUTATE CREAM 0.1%	5				
PRED SOD PHO SOL 5MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPH ORAL SOLN 6.7 MG/ 5ML (5 MG/ 5ML BASE)	2				
PREDNICARBAT OIN 0.1%	PREDNICARBATE OINT 0.1%	3				
PREDNISOLONE SOL 10MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 10 MG/5ML (BASE EQUIV)	2				
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 15 MG/ 5ML (BASE EQUIV)	2				
PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML	PREDNISOLONE SOLN 15 MG/ 5ML	2				
PREDNISOLONE SOL 20MG/5ML	PREDNISOLONE SOD PHOSPHATE ORAL SOLN 20 MG/5ML (BASE EQUIV)	2				
PREDNISOLONE SOL 25MG/5ML	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ORAL SOLN 25 MG/ 5ML (BASE EQ)	2				
PREDNISOLONE TAB 10MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 10 MG (BASE EQ)	3				
PREDNISOLONE TAB 15MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 15 MG (BASE EQ)	3				
PREDNISOLONE TAB 30MG ODT	PREDNISOLONE SOD PHOS ORALLY DISINTEGR TAB 30 MG (BASE EQ)	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PREDNISOLONE TAB 5MG	PREDNISOLONE TAB 5 MG	3				
PREDNISONE CON 5MG/ML	PREDNISONE CONC5 MG/ ML	3				
PREDNISONE PAK10MG	PREDNISONE TAB THERAPY PACK 10 MG (21)	2				
PREDNISONE PAK10MG	PREDNISONE TAB THERAPY PACK 10 MG (48)	2				
PREDNISONE PAK5MG	PREDNISONE TAB THERAPY PACK 5 MG (21)	2				
PREDNISONE PAK5MG	PREDNISONE TAB THERAPY PACK 5 MG (48)	2				
PREDNISONE SOL 5MG/5ML	PREDNISONE ORAL SOLN 5MG/5ML	3				
PREDNISONE TAB 10MG	PREDNISONE TAB 10 MG	2				
PREDNISONE TAB 1MG	PREDNISONE TAB 1MG	2				
PREDNISONE TAB 2.5MG	PREDNISONE TAB 2.5 MG	2				
PREDNISONE TAB 20MG	PREDNISONE TAB 20 MG	2				
PREDNISONE TAB 50MG	PREDNISONE TAB 50 MG	2				
PREDNISONE TAB 5MG	PREDNISONE TAB 5 MG	2				
TEXACORT SOL 2.5%	HYDROCORTISONE SOLN 2.5%	3				
TRIAMCINOLON ORE 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.025%	2	X			
TRIAMCINOLON ORE 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.1%	2	X			
TRIAMCINOLON ORE 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5%	2	X			
TRIAMCINOLON LOT 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE LOTION 0.025%	2				
TRIAMCINOLON LOT 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE LOTION 0.1%	2				
TRIAMCINOLON OIN 0.025%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.025%	2				
TRIAMCINOLON OIN 0.1%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.1%	2				
TRIAMCINOLON OIN 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE OINT 0.5%	2				
TRIDERM CRE 0.5%	TRIAMCINOLONE ACETONIDE CREAM 0.5%	2		X		
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)</b>						
CABERGOLINE TAB 0.5MG	CABERGOLINE TAB 0.5 MG	2				
DESMOPRESSIN INJ 40/10ML	DESMOPRESSIN ACETATE INJ 4 MCG /ML	3				
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML	DESMOPRESSIN ACETATE INJ 4 MCG/ ML	3				
DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML	DESMOPRESSIN ACETATE PRESERVATIVE FREE (PF) INJ 4 MCG/ML	3				
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SPRAY SOLN 0.01%	3				
DESMOPRESSIN SPR 0.01%	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SPRAY SOLN 0.01% (REFRIGERATED)	3				
DESMOPRESSIN TAB 0.1MG	DESMOPRESSIN ACETATE TAB 0.1 MG	2				
DESMOPRESSIN TAB 0.2MG	DESMOPRESSIN ACETATE TAB 0.2 MG	2				
INCRELEX INJ 40MG/4ML	MECASERMIN INJ 40 MG/4ML (10 MG/ ML)	6	X	X		SP
OMNITROPE INJ 10/1.5ML	SOMATROPIN SOLUTION CARTRIDGE 10 MG /1.5ML	4	X	X		SP
OMNITROPE INJ 5.8MG	SOMATROPIN FOR INJ 5.8 MG	4	X	X		SP
OMNITROPE INJ 5/1.5ML	SOMATROPIN SOLUTION CARTRIDGE 5 MG/ 1.5 ML	4	X	X		SP
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)</b>						
MIFEPRISONE TAB 200MG	MIFEPRISTONE TAB 200 MG	3				
MIFEPRISTONE TAB 200MG	MIFEPRISTONE TAB 200 MG	2				
PREPIDIL GEL 0.5MG/3G	DINOPROSTONE CERVICAL GEL 0.5 MG/3GM	5				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)</b>						
AFIRMELLE TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1MG-20 MCG	1				
AFTERA TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
AFTERPILL TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
ALTAVERA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
ALYACEN TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-35 MCG	1				
ALYACEN TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35/1-35 MG-MCG	1				
AMABELZ TAB 0.5-0.1	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	3				
AM AB ELZ TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	3				
AMETHIA TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
AMETHYST TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	1				
ANDRODERM DIS 2MG/24HR	TESTOSTERONE TD PATCH 24HR2 MG/ 24HR	3	X	X		
ANDRODERM DIS 4MG/24HR	TESTOSTERONE TD PATCH 24HR4 MG/ 24HR	3	X	X		
ANNOVERA MIS	SEGESTERONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.15-0.013 MG/ 24HR	1		X		
APRI TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
ARANELLE TAB	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 /1-35/0.5-35 MG-MCG	1				
ASHLYNA TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
AUBRA TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1MG-20 MCG	1				
AUBRA EQ TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1MG-20 MCG	1				
AUROVELA TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
AUROVELA TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-20 MCG	1				
AUROVELA 24 TAB EE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL EST RADIO L- FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
AUROVELA EE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
AUROVELA EE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
AVIANE TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	1				
AYUNA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
AZURETTE TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/ 0.01 MG(21/ 5)	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
BALZIVA TAB	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	1				
BIJUVA CAP 0.5-100	E ST RADIO L-P ROG ESTE RO N E CAP 0.5-100 MG	5				
BLISOVI24 TAB FE1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
BLISOVIFE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
BLISOVI FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
BRIELLYN TAB	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	1				
CAMILA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
CAMRESE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
CAMRESE LO TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84)& ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
CAZIANP PAK	DESOGEST-ETHIN EST TAB 0.1-0.025/0.125-0.025/ 0.15-0.025MG-MG	1				
CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
CHATEAL TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
CHATEAL EQ TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
CLIMARA PRO DIS WEEKLY	EST RADIO L-L EVON O RG ESTRE L TD PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/ DAY	5		X		
CRYSSELLE-28 TAB 28 TAB S	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	1				
CYCLAFEM TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-35 MCG	1				
CYCLAFEM TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35/1-35 MG-MCG	1				
CYRED TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
CYRED EQ TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
DANAZOL CAP 100MG	DANAZOL CAP 100 MG	3				
DANAZOL CAP 200MG	DANAZOL CAP 200 MG	3				
DANAZOLCAP50MG	DANAZOLCAP 50 MG	3				
DAS ETTA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	1				
DAS ETTA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35/1-35 MG-MCG	1				
DAYSEE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
DEBLITANE TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
DELYLA TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1MG-20 MCG	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
DEPO-SQ PROV INJ 104	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE SUSP PREF SYR 104 MG / 0.65ML	1		X		PRV-M
DESO/ETHINYL TAB EST RADIO	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	1				
DESO/ETHINYL TAB EST RADIO	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
DOLISHALE TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	1				
DOTTI DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR	3		X		
DOTTI DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG/24HR	3		X		
DOTTI DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG / 24HR	3		X		
DOTTI DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG/24HR	3		X		
DOTTI DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG / 24HR	3		X		
DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD- LEVOMEFOLATE TAB 3-0.03-0.451 MG	1				
DROSP/ETHI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	1				
DROSP/ETHI TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	1				
DROSP/ETHI TAB ESTR/LEV	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD- LEVOMEFOLATE TAB 3-0.02-0.451 MG	1				
ECONTRA EZ TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
ECONTRA OS TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
ELINEST TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	1				
ELLA TAB 30MG	ULIPRISTAL ACETATE TAB 30 MG	1		X		
ELURYNG MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/ 24HR	1				
EMOQUETTE TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
EMZAHH TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
ENILLORING MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/ 24HR	1				
ENPRESSE-28 TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/ 0.075-40 / 0.125-30MG-MCG	1				
ENSKYCE TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
ERRIN TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
ESTARYLLA TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
ESTRA/NORETH TAB 0.5-0.1	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	3				
ESTRA/NORETH TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	3				
ESTRAD VAL INJ10MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 10 MG / ML	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ESTRAD VAL INJ 20MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 20 MG/ ML	2				
ESTRAD VAL INJ 40MG/ML	ESTRADIOL VALERATE IM IN OIL 40 MG/ ML	2				
ESTRADIOL ORE 0.01%	ESTRADIOL VAGINAL CREAM 0.1 MG/ GM	3				
ESTRADIOL DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR	3		X		
ESTRADIOL DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.025 MG/ 24HR	2		X		
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG/24HR	3		X		
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.0375 MG/ 24HR(37.5 MCG/24HR)	2		X		
ESTRADIOL DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG / 24HR	3		X		
ESTRADIOL DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.05 MG/ 24HR	2		X		
ESTRADIOL DIS 0.06MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.06 MG/ 24HR	2		X		
ESTRADIOL DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG/24HR	3		X		
ESTRADIOL DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.075 MG/ 24HR	2		X		
ESTRADIOL DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG / 24HR	3		X		
ESTRADIOL DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH WEEKLY 0.1 MG/ 24HR	2		X		
ESTRADIOL TAB 0.5MG	ESTRADIOL TAB 0.5 MG	2				
ESTRADIOL TAB 10MCG	ESTRADIOL VAGINAL TAB 10 MCG	3		X		
ESTRADIOL TAB IMG	ESTRADIOL TAB 1 MG	2				
ESTRADIOL TAB 2MG	ESTRADIOL TAB 2 MG	2				
ESTRING MIS2MG	ESTRADIOL VAGINAL RING 2 MG (75 MCG/ 24HRS)	3		X		
ESTRING MIS 75/24HR	ESTRADIOL VAGINAL RING 2 MG (75 MCG/ 24HRS)	3		X		
ETHY ETH EST TAB 1-35	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-35 MCG	1				
ETHYNODIOL TAB 1-50	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-50 MCG	1				
ETONOGESTREL MIS ETHY EST	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/ 24HR	1				
FALMINA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1MG-20 MCG	1				
FAYOSIM TAB	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02/ 0.025/ 0.03 MG&ETH EST 0.01 MG	1				
FEMYNOR TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
FINZALA CHW FE1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1MG-20 MCG (24)	1				
FYAVOLV TAB 0.5-2.5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-2.5 MCG	3				
FYAVOLV TAB 1-5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-5 MCG	3				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
GEMMILY CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	1				
HAILEY TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
HAILEY 24 TAB FE	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
HAILEY FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
HAILEY FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
HALOETTE MIS	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/ 24HR	1				
HEATHER TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
ICLEVIA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	1				
INCASSIA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
INTROVALE TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	1				
ISIBLOOM TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
JAIMIESS TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
JASMIEL TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	1				
JENCYCLA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
JINTELI TAB 1MG-5MCG	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-5 MCG	3				
JOLESSA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	1				
JOYEAUX TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	1				
JULEBER TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
JUNEL 1.5/30 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
JUNEL1/20 TAB	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	1				
JUNEL FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
JUNEL FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
JUNEL FE 24 TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
KAITLIB FE CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	1				
KALLIGA TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
KARIVA TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
KELNOR TAB 1/35	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-35 MCG	1				
KELNOR1/50 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-50 MCG	1				
KURVELO TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
KYLEENAIUD 19.5MG	LEVONORGESTREL RELEASING IUD 17.5 MCG / DAY (19.5 MG TOTAL)	1				PRV-M
LARIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
LARIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	1				
LARIN 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
LARIN FE TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
LARIN FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
LARISSIA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	1				
LAYOLIS FE CHW	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	1				
LEENA TAB	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 /1-35/0.5-35 MG-MCG	1				
LESSINA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	1				
LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (CONTINUOUS) TAB 90-20 MCG	1				
LEVONEST TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/ 0.075-40 / 0.125-30MG-MCG	1				
LEVONOR/ETHI TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/ 0.075-40 / 0.125-30MG-MCG	1				
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1MG-20 MCG	1				
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	1				
LEVONOR/ETHI TAB EST RADIO	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02/ 0.025/ 0.03 MG&ETH EST 0.01 MG	1				
LEVONOR/ETHI TAB EST RADIO	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	1				
LEVONOR/ETHI TAB EST RADIO	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
LEVONOR/ETHI TAB EST RADIO	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84)& ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
LEVONOR/ETHI TAB EST RADIO	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
LEVONORGESTR TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
LEVORA-28 TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
LILETTAIUD 52MG	LEVONORGESTREL IUD 20.1 MCG/ DAY (INITIAL) (52 MG TOTAL)	1				PRV-M
LILLOW TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
LO LOESTRIN TAB 1-10-10	NORETHIN-ETH ESTRADIOL-FE TAB 1MG-10 MCG (24)/10 MCG (2)	1				
LOJAIMIESS TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84)& ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
LORYNA TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	1				
LOW-OGESTREL TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	1				
LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	1				
LUTERA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	1				
LYLEQ TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
LYLLANA DIS 0.025MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR	3		X		
LYLLANA DIS 0.0375MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.0375 MG/24HR	3		X		
LYLLANA DIS 0.05MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.05 MG / 24HR	3		X		
LYLLANA DIS 0.075MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.075 MG/24HR	3		X		
LYLLANA DIS 0.1MG	ESTRADIOL TD PATCH TWICE WEEKLY 0.1 MG / 24HR	3		X		
LYZA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
MARLISSA TAB 0.15/30	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
MEDROXYPRAC INJ 150MG/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP 150 MG/ML	1		X		PRV-M
MEDROXYPRAC INJ 150MG/ML	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE IM SUSP PREFILLED SYR 150 MG/ML	1				PRV-M
MEDROXYPR AC TAB 10MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 10 MG	2				
MEDROXYPR AC TAB 2.5MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 2.5 MG	2				
MEDROXYPR AC TAB 5MG	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TAB 5 MG	2				
MEGESTROL SUS 625MG/5M	MEGESTROL ACETATE SUSP 625 MG/ 5ML	3				
MEGESTROL AC SUS 400MG/10	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG/ ML	2				
MEGESTROL AC SUS 40MG/ML	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG/ ML	2				
MEGESTROL AC SUS 800MG/20	MEGESTROL ACETATE SUSP 40 MG/ ML	2				
MEGESTROL AC TAB 20MG	MEGESTROL ACETATE TAB 20 MG	2				
MEGESTROL AC TAB 40MG	MEGESTROL ACETATE TAB 40 MG	2				
MERZEE CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL EST RADIO L- FE CAP 1MG-20 MCG (24)	1				
METHYLTESTOS CAP 10MG	METHYLTESTOSTERONE CAP 10 MG	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
MIBELAS 24 CHW FE	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
MICRGSTIN 24 TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
MICROGESTIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
MICROGESTIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	1				
MICROGESTIN TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
MICROGESTIN TAB FE1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
MILI TAB 0.25/35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
MIMVEY TAB 1-0.5MG	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG	3				
MIRENA IUD SYSTEM	LEVONORGESTREL IUD 20 MCG/ DAY (INITIAL) (52 MG TOTAL)	1				PRV-M
MONO-LINYAH TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
MY CHOICE TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
MY WAY TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
NATAZIA TAB	ESTRADIOL VALERATE-DIENOGEST TAB 3 MG /2-2 MG/2-3 MG/IMG	1				
NECON TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	1				
NEW DAY TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
NEXPLANON IMP 68MG	ETONOGESTREL SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	1		X		PRV-M
NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG	DROSPIRENONE-ESTETROL TAB 3-14.2 MG	1				
NIKKI TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	1				
NOR/EST/FF TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1.5 MG-30 MCG	1				
NORA-BE TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
NORE/ETH/FER CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1MG-20 MCG (24)	1				
NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	1				
NORELGE/ETHI DIS 150/35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG/ 24HR	1				
NORETH/ETHIN CHW FE	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.8 MG-25 MCG	1				
NORETH/ETHIN CHW FE 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
NORETH/ETHIN TAB 0.5-2.5	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-2.5 MCG	3				
NORETH/ETHIN TAB 1.5/30	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
NORETH/ETHIN TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG	1				
NORETH/ETHIN TAB 1MG-5MCG	NORETHINDRONE ACETATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 1MG-5 MCG	3				
NORETH/ETHIN TAB FE	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	1				
NORETH/ETHIN TAB FE 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
NORETHIN ACE TAB 5MG	NORETHINDRONE ACETATE TAB 5 MG	2				
NORETHINDRON TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
NORGEST/ETHI TAB 0.25/35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
NORGEST/ETHI TAB EST RADIO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/ 0.215-25/ 0.25-25 MG-MCG	1				
NORGEST/ETHI TAB EST RADIO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/ 0.215-35/ 0.25-35 MG-MCG	1				
NORLYDA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
NORLYROC TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
NORTREE TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	1				
NORTREL TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	1				
NORTREL TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35/1-35 MG-MCG	1				
NYLIA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	1				
NYLIA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35/1-35 MG-MCG	1				
NYMYO TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
OCELLA TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	1				
OPCICON TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
OPILL TAB 0.075MG	NORGESTREL TAB 0.075 MG	1				
OPTION 2 TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
ORSYTHIA TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1MG-20 MCG	1				
OSPHENA TAB 60MG	OSPEMIFENE TAB 60 MG	5	X	X		
PHILITH TAB 0.4-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	1				
PIMTREA TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	1				
PIRM ELLA TAB 1/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	1				
PIRM ELLA TAB 7/7/7	NORETHINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0.5-35 / 0.75-35/1-35 MG-MCG	1				
PLAN B TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
PORTIA-28 TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PREMARIN VAG ORE 0.625MG	ESTROGENS, CONJUGATED VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	5				
PREVIFEM TAB	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
PROGESTERONE CAP 100MG	PROGESTERONE CAP 100 MG	2				
PROGESTERONE CAP 200MG	PROGESTERONE CAP 200 MG	2				
PROGESTERONE INJ 50MG/ML	PROGESTERONE IM IN OIL 50 MG/ ML	2				
RALOXIFENE TAB 60MG	RALOXIFENE HCL TAB 60 MG	2		X		PRV*
REACT TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
RECLIPSEN TAB	DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	1				
RIVELSA TAB	LEVONOR-ETH EST TAB 0.15-0.02/ 0.025/ 0.03 MG&ETH EST 0.01 MG	1				
SETLAKIN TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	1				
SHAROBEL TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
SIM LIYA TAB 28 DAY	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	1				
SIMPESSE TAB	LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	1				
SKYLAIUD 13.5MG	LEVONORGESTREL RELEASING IUD 14 MCG/ DAY (13.5 MG TOTAL)	1				PRV-M
SPRINTEC 28 TAB 28 DAY	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
SRONYX TAB	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1MG-20 MCG	1				
SYEDA TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	1				
TAKE ACTION TAB 1.5MG	LEVONORGESTREL TAB 1.5 MG	1				
TARIN A 24 FE TAB	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL EST RADIO L- FE TAB 1 MG-20 MCG (24)	1				
TARINA FE TAB 1/20	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
TARINA FE TAB 1/20 EQ	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	1				
TAYSOFY CAP 1/20	NORETHINDRONE ACE-ETHINYL ESTRADIOL-FE CAP 1 MG-20 MCG (24)	1				
TESTOST CYP INJ 100MG/ML	TESTOSTERONE CYPIONATE IM INJ IN OIL 100 MG/ML	2	X			
TESTOST CYP INJ 200MG/ML	TESTOSTERONE CYPIONATE IM INJ IN OIL 200 MG/ML	2	X			
TESTOST ENAN INJ 200MG/ML	TESTOSTERONE ENANTHATE IM INJ IN OIL 200 MG/ML	2	X			
TESTOSTERONE GEL 1%(50MG)	TESTOSTERONE TD GEL 50 MG/ 5GM (1%)	3	X	X		
TESTOSTERONE GEL 1.62%	TESTOSTERONE TD GEL 20.25 MG/ACT (1.62%)	3	X	X		
ULIA FE TAB	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	1				
TRI FEMYNOR TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/ 0.215-35/ 0.25-35 MG-MCG	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
TRI-ESTARYLL TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/ 0.25-35 MG-MCG	1				
TRI-LEGEST TAB FE	NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	1				
TRI-LINYAH TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/ 0.25-35 MG-MCG	1				
TRI-LO TAB ESTARYLL	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/ 0.25-25 MG-MCG	1				
TRI-LO- TAB MARZIA	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/ 0.25-25 MG-MCG	1				
TRI-LO- TAB SPRINTEC	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/ 0.25-25 MG-MCG	1				
TRI-LO-MILI TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/ 0.25-25 MG-MCG	1				
TRI-MILI TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/ 0.25-35 MG-MCG	1				
TRI-NYMYO TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/ 0.25-35 MG-MCG	1				
TRI-SPRINTEC TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/ 0.25-35 MG-MCG	1				
TRIVORA-28 TAB	LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40 / 0.125-30MG-MCG	1				
TRI-VYLIBRA TAB	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-35/0.215-35/ 0.25-35 MG-MCG	1				
TRI-VYLIBRA TAB LO	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0.18-25/0.215-25/ 0.25-25 MG-MCG	1				
TULANA TAB 0.35MG	NORETHINDRONE TAB 0.35 MG	1				
TURQOZ TAB	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.3 MG-30 MCG	1				
TWIRLA DIS 120-30	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 120-30 MCG/ 24HR	1				
TYBLUME CHW 0.1-0.02	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL CHEW TAB 0.1 MG-20 MCG	1				
TYDEMY TAB	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRAD-LEVOMEFOLATE TAB 3-0.03-0.451 MG	1				
VELIVET PAK	DESOGEST-ETHIN EST TAB 0.1-0.025/0.125-0.025/ 0.15-0.025MG-MG	1				
VESTLIRA TAB 3-0.02MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.02 MG	1				
VIENVA TAB 0.1-20	LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	1				
VIORLE TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/ 0.01 MG(21/ 5)	1				
VOLNEA TAB	DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	1				
VYFEMLA TAB 0.4-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.4 MG-35 MCG	1				
VYLIBRA TAB 0.25-35	NORGESTIMATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	1				
WERA TAB 0.5/35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.5 MG-35 MCG	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
WYMZYA FE CHW 0.4MG-35	NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE CHEW TAB 0.4 MG-35 MCG	1				
XULANE DIS 150-35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG/ 24HR	1				
YUVAFEM TAB 10MCG	ESTRADIOL VAGINAL TAB 10 MCG	3		X		
ZAFEMY DIS 150/35	NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL TD PTWK 150-35 MCG/ 24HR	1				
ZOVIA 1/35 TAB	ETHYNODIOL DIACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	1				
ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG	1				
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)</b>						
ARMOURTHYRO TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	5				
ARMOURTHYRO TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1/ 4 GRAIN)	5				
ARMOURTHYRO TAB 180MG	THYROID TAB 180 MG (3 GRAIN)	5				
ARMOURTHYRO TAB 240MG	THYROID TAB 240 MG (4 GRAIN)	5				
ARMOURTHYRO TAB 300MG	THYROID TAB 300 MG (5 GRAIN)	5				
ARMOURTHYRO TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1/2 GRAIN)	5				
ARMOURTHYRO TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	5				
ARMOURTHYRO TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (11/ 2 GRAIN)	5				
EUTHYROX TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	2				
EUTHYROX TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	2				
EUTHYROX TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	2				
EUTHYROX TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	2				
EUTHYROX TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	2				
EUTHYROX TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	2				
EUTHYROX TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	2				
EUTHYROX TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	2				
EUTHYROX TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	2				
EUTHYROX TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	2				
EUTHYROX TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	2				
LEVO-T TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	2				
LEVO-T TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	2				
LEVO-T TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	2				
LEVO-T TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	2				
LEVO-T TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	2				
LEVO-T TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	2				
LEVO-T TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	2				
LEVO-T TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	2				
LEVO-T TAB 300 MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	2				
LEVO-T TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	2				
LEVO-T TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	2				
LEVO-T TAB 88 MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
LEVOTHYROXIN TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	2				
LEVOTHYROXIN TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	2				
LEVOXYL TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	2				
LEVOXYL TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	2				
LEVOXYL TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	2				
LEVOXYL TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	2				
LEVOXYL TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	2				
LEVOXYL TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	2				
LEVOXYL TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	2				
LEVOXYL TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	2				
LEVOXYL TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	2				
LEVOXYL TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	2				
LEVOXYL TAB 88 MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	2				
LIOthyRONINE TAB 25MCG	LIOthyRONINE SODIUM TAB 25 MCG	2				BH*
LIOthyRONINE TAB 50MCG	LIOthyRONINE SODIUM TAB 50 MCG	2				BH*
LIOthyRONINE TAB 5MCG	LIOthyRONINE SODIUM TAB 5 MCG	2				BH*
NIVA THYROID TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	5				
NIVA THYROID TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1/ 4 GRAIN)	5				
NIVA THYROID TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1/ 2 GRAIN)	5				
NIVA THYROID TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	5				
NIVA THYROID TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (11/ 2 GRAIN)	5				
NP THYROID TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	3				
NP THYROID TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1/ 4 GRAIN)	3				
NP THYROID TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1/2 GRAIN)	3				
NP THYROID TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	3				
NP THYROID TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (11/ 2 GRAIN)	3				
SYNTH ROID TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	3				
SYNTH ROID TAB 50 MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
SYNTHROID TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	3				
SYNTHROID TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	3				
THYQUIDITY SOL 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 100MCG/5ML	5	X			
THYROID TAB 120MG	THYROID TAB 120 MG (2 GRAIN)	3				
THYROID TAB 15MG	THYROID TAB 15 MG (1/4 GRAIN)	3				
THYROID TAB 30MG	THYROID TAB 30 MG (1/2 GRAIN)	3				
THYROID TAB 60MG	THYROID TAB 60 MG (1 GRAIN)	3				
THYROID TAB 90MG	THYROID TAB 90 MG (1 1/2 GRAIN)	3				
TIROSINT-SOL SOL 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 100 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 112 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 125 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 137 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 13MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 13 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 150 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 175 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 25MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 25 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 375/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 375 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 44MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 44 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 50MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 50 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 62.5/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 62.5 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 75MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 75 MCG/ML	5	X			
TIROSINT-SOL SOL 88MCG/ML	LEVOTHYROXINE SODIUM ORAL SOLUTION 88 MCG/ML	5	X			
UNITHROID TAB 100MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 100 MCG	2				
UNITHROID TAB 112MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 112 MCG	2				
UNITHROID TAB 125MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 125 MCG	2				
UNITHROID TAB 137MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 137 MCG	2				
UNITHROID TAB 150MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 150 MCG	2				
UNITHROID TAB 175MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 175 MCG	2				
UNITHROID TAB 200MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 200 MCG	2				
UNITHROID TAB 25MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 25 MCG	2				
UNITHROID TAB 300MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 300 MCG	2				
UNITHROID TAB 50MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 50 MCG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
UNITHROID TAB 75MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 75 MCG	2				
UNITHROID TAB 88MCG	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB 88 MCG	2				
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)</b>						
LYSODREN TAB 500MG	MITOTANE TAB 500 MG	5				
<b>Agentes hormonales, supresores (pituitaria)</b>						
ELIGARD INJ 22.5MG	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT22.5MG	6				SP
ELIGARD INJ 30MG	LEUPROLIDE ACETATE (4 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT30 MG	6				SP
ELIGARD INJ 45MG	LEUPROLIDE ACETATE (6 MONTH) FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT45 MG	6				SP
ELIGARD INJ 75MG	LEUPROLIDE ACETATE FOR SUBCUTANEOUS INJ KIT 75 MG	6				SP
LEUPROLIDE INJ 14 DAY	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG/ 0.2ML (5 MG/ML)	6				SP
LEUPROLIDE INJ 1MG/0.2	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG/ 0.2ML (5 MG/ML)	6				SP
LEUPROLIDE KIT 14 DAY	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG/ 0.2ML (5 MG/ML)	6				SP
LEUPROLIDE KIT1MG/0.2	LEUPROLIDE ACETATE INJ KIT 1 MG/ 0.2ML (5 MG/ML)	6				SP
OCTREOTIDE INJ 1000MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 1000 MCG/ ML (1 MG/ML)	4	X			SP
OCTREOTIDE INJ 100MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 100 MCG/ ML (0.1 MG/ML)	4	X			SP
OCTREOTIDE INJ 100MCG	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 100 MCG/ ML	4	X			SP
OCTREOTIDE INJ 200MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 200 MCG /ML (0.2 MG/ML)	4	X			SP
OCTREOTIDE INJ 500MCG	OCTREOTIDE ACETATE INJ 500 MCG/ ML (0.5 MG/ML)	4	X			SP
OCTREOTIDE INJ 500MCG	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 500 MCG /ML	4	X			SP
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML	OCTREOTIDE ACETATE INJ 50 MCG/ ML (0.05 MG/ML)	4	X			SP
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML	OCTREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 50 MCG /ML	4	X			SP
ORLISSA TAB 150MG	ELAGOLIX SODIUM TAB 150 MG (BASE EQUIV)	5	X	X		
ORLISSA TAB 200MG	ELAGOLIX SODIUM TAB 200 MG (BASE EQUIV)	5	X	X		
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.3 MG/ ML (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.6 MG/ ML (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML	PASIREOTIDE DIASPARTATE INJ 0.9 MG/ ML (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
SOMAVERT INJ 10MG	PEGVISOMANT FOR INJ 10 MG (AS PROTEIN)	6	X	X		SP
SOMAVERT INJ 15MG	PEGVISOMANT FOR INJ 15 MG (AS PROTEIN)	6	X	X		SP
SOMAVERT INJ 20MG	PEGVISOMANT FOR INJ 20 MG (AS PROTEIN)	6	X	X		SP
SOMAVERT INJ 25MG	PEGVISOMANT FOR INJ 25 MG (AS PROTEIN)	6	X	X		SP

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
SOMAVERT INJ 30MG	PEGVISOMANT FOR INJ 30 MG (AS PROTEIN)	6	X	X	SP	
SYNAREL SOL 2MG/ML	NAFARELIN ACETATE NASAL SOLN 2 MG/ ML (200 MCG/ACT) (BASE EQ)	3				
<b>Agentes hormonales, supresores (tiroides)</b>						
METHIMAZOLE TAB 10MG	METHIMAZOLE TAB 10 MG	2				
METHIMAZOLE TAB 5MG	METHIMAZOLE TAB 5 MG	2				
PROPYLTHIOUR TAB 50MG	PROPYLTHIOURACIL TAB 50 MG	2				
<b>Agentes inmunológicos</b>						
ABRYSVO INJ	RSV PRE-FUSION F A&B VAC RECOM B FOR IM SOLN 120 MCG/0.5ML	1		X		
ACTEMRA INJ 162/0.9	TOCILIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 162 MG / 0.9ML	4	X	X	SP	
ACTEMRA INJ ACTPEN	TOCILIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTOINJECTOR 162 MG/ 0.9ML	4	X	X	SP	
ACTHIB INJ	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJUGATE VACCINE FOR INJ					
ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5	INTERFERON GAMMA-1B INJ 100 MCG/ 0.5ML (2000000 UNIT/0.5ML)	6	X	X	SP	
ADACEL INJ	TETTOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2-15.5 LF-LF-MCG/ 0.5ML	1		X		
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN AUTO-INJECTOR 40MG/0.4ML	4	X	X	SP	
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ADAZ SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	4	X	X	SP	
ADALIMU-ADB KIT10/0.2ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 10MG/0.2ML	4	X	X	SP	
ADALIMU-ADB KIT20/0.4ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 20 MG/0.4ML	4	X	X		SP
ADALIMU-ADB KIT40/0.8ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 40 MG/0.8ML	4	X	X		SP
ADALIMU-ADB KIT40/0.8ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 40MG/0.8ML	4	X	X		SP
ADALIMU-ADB KIT40/0.8ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 40MG/0.8ML	4	X			SP
ADALIMU-ADB KIT40/0.8ML	ADALIMUMAB-ADB KIT 40MG/0.8ML	4	X			SP
AFLURIA QUAD INJ 2023-24	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT QUADRIVALENT IM INJ	1		X		PRV-A
AM J EVITA INJ 20/0.2ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.2ML	4	X	X		SP
AMJEVITA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN AUTO-INJECTOR 40MG/0.4ML	4	X	X		SP
AMJEVITA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	4	X	X		SP
AMJEVITA INJ 80/0.8ML	ADALIMUMAB-ATTO SOLN AUTO-INJECTOR 80MG/0.8ML	4	X	X		SP
AREXVY INJ 120MCG	RSVPREF3 VACCINE RECOMB ADJUVANTED FOR IM SUSP 120 MCG / 0.5ML	1		X		PRV-A
AZATHIOPRINE TAB 50MG	AZATHIOPRINE TAB 50 MG	2				
BEXSERO INJ	MENINGOCOCCAL VAC B (RECOMB OMV ADJUV) INJ PREFILLED SYRINGE	1		X		PRV-A

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
BEYFORTUS INJ 100MG/ML	NIRSEVIMAB-ALIP IM SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1		X		PRV-A
BEYFORTUS INJ 50/0.5ML	NIRSEVIMAB-ALIP IM SOLN PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML	1		X		PRV-A
BOOST RIX INJ	TETTOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2.5-18.5 LF-LF-MCG/ 0.5ML	1		X		
BOOST RIX INJ	TET-DIPH-ACELL PERTUSS AD PREF SYR 5-2.5-18.5 LF-MCG/ 0.5ML	1		X		
CIMZIA KIT 200MG	CERTOLIZUMAB PEGOL FOR INJ KIT 2X200 MG	4	X	X		SP
CIMZIA PREFL KIT200MG/ML	CERTOLIZUMAB PEGOL PREFILLED SYRINGE KIT200 MG/ ML	4	X	X		SP
CIMZIA START KIT 200MG/ML	CERTOLIZUMAB PEGOL PREFILLED SYRINGE KIT 6 X 200 MG /ML	4	X	X		SP
COMIRNATY INJ 30/0.3ML	COVID-19 MRNA VAC TRIS-PFIZER IM SUSP PREF SYR30 MCG/ 0.3ML	1		X		PRV-A
COMIRNATY INJ 30/0.3ML	COVID-19 MRNA VAC TRIS-SUCROSE-PFIZER IM SUSP30 MCG/ 0.3ML	1		X		PRV-A
CYCLOSPORINE CAP 100MG	CYCLOSPORINE CAP 100 MG	3				
CYCLOSPORINE CAP 100MG MD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 100 MG	3				
CYCLOSPORINE CAP 25MG	CYCLOSPORINE CAP 25 MG	3				
CYCLOSPORINE CAP 25MG MOD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 25 MG	3				
CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 50 MG	3				
CYCLOSPORINE SOL MODIFIED	CYCLOSPORINE MODIFIED ORAL SOLN 100 MG/ML	3				
DAPTACEL INJ	DIPH, ACELLULAR PERT & TET TOX INJ 15 LF-23MCG-5 LF/0.5ML	1		X		
DENGVAIXA SUS	DENGUE VIRUS VACCINE LIVE TETRAVALENT FOR SUBCUTANEOUS SUSP	1		X		PRV-A
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 10 MCG/ 0.5ML	1		X		
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 20 MCG/ML	1		X		
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 20 M CG /ML	1		X		
FLUAD QUADRI INJ 2023-24	Influenza Vac Type A&B Surface Ant Adj Quad Pref Syr 0.5 ML	1		X		PRV-A
FLUBLOK QUAD INJ 2023-24	Influenza Vac Recomb HA Quad PF Soln Pref Syr 0.5 ML	1		X		PRV-A
FLUCLVX QUAD INJ 2023-24	INFLUENZA VAC USS-CULT SUBUNT QUAD SUSP PREF SYR 0.5 ML	1		X		PRV-A
FLUCLVX QUAD INJ 2023-24	INFLUENZA VAC TISSUE-CULTURED SUBUNIT QUADRIVALENT IM SUSP	1		X		PRV-A
FLULAVAL QUA INJ 2023-24	INFLUENZA VIRUS VAC SPLIT QUADRIVALENT SUSP PREF SYR 0.5ML	1		X		PRV-A
FLUMIST QUAD SUS 2023-24	INFLUENZA VIRUS VACCINE LIVE QUADRIVALENT INTRANASAL SUSP	1		X		PRV-A
FLUZONE HD INJ 2023-24	INFLUENZA VAC SPLIT HIGH-DOSE QUAD PF SUSP PREF SYR 0.7 ML	1		X		PRV-A
FLUZONE QUAD INJ 2023-24	INFLUENZA VIRUS VAC SPLIT QUADRIVALENT SUSP PREF SYR 0.5ML	1		X		PRV-A

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
FLUZONE QUAD INJ 2023-24	INFLUENZA VIRUS VACCINE SPLIT QUADRIVALENT IM INJ	1		X		PRV-A
GARDASIL 9 INJ	HUMAN PAPILOMAVIRUS (HPV) 9-VALENT RECOMB VAC IM SUSP	1		X		PRV-A
GARDASIL 9 INJ	HUMAN PAPILOMAVIRUS (HPV) 9-VALENT RECOMB VAC SUSP PREF SYR	1		X		PRV-A
GENGRAF CAP 100MG	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 100 MG	3				
GENGRAF CAP 25MG	CYCLOSPORINE MODIFIED CAP 25 MG	3				
GENGRAF SOL 100MG/ML	CYCLOSPORINE MODIFIED ORAL SOLN 100 MG/ML	3				
HADLIMA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	4	X	X		SP
HADLIMA INJ 40/0.8ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML	4	X	X		SP
HADLIMA PUSH INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN AUTO-INJECTOR 40MG/0.4ML	4	X	X		SP
HADLIMA PUSH INJ 40/0.8ML	ADALIMUMAB-BWWD SOLN AUTO-INJECTOR 40MG/0.8ML	4	X	X		SP
HAEGARDA INJ 2000 UNIT	CI ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) FOR SUBCUTANEOUS INJ 2000 UNIT	6	X	X		SP
HAEGARDA INJ 3000 UNIT	CI ESTERASE INHIBITOR (HUMAN) FOR SUBCUTANEOUS INJ 3000 UNIT	6	X	X		SP
HAVRIX INJ 1440UNIT	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 1440 EL UNIT /ML	1		X		
HAVRIX INJ 720UNIT	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 720 EL UNIT / 0.5ML	1		X		
HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML	HEPATITIS B VACCINE RECOMB ADJUVANTED PREF SYR 20 MCG / 0.5ML	1		X		PRV-A
HIBERIX SOL 10MCG	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJUGATE VAC FOR INJ 10 MCG	1		X		
HUMIRA INJ 10/0.1ML	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG / 0.1ML	4	X	X		SP
HUMIRA INJ 20/0.2ML	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG / 0.2ML	4	X	X		SP
HUMIRA INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG / 0.4ML	4	X	X		SP
HUMIRA KIT 40MG/0.8	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG / 0.8ML	4	X	X		SP
HUMIRA PEDIA INJ GROHNS	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG / 0.8ML	4	X	X		SP
HUMIRA PEDIA INJ GROHNS	ADALIMUMAB PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG / 0.8ML&40 MG/ 0.4ML	4	X	X		SP
HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT40 MG/ 0.4ML	4	X	X		SP
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT40 MG/ 0.8 ML	4	X	X		SP
HUMIRA PEN INJ 80/0.8ML	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 80 MG/ 0.8 ML	4	X	X		SP
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT40 MG/ 0.8 ML	4	X			SP
HUMIRA PEN INJ PS/UV	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT40 MG/ 0.8 ML	4	X			SP

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 80 MG/ 0.8 ML	4	X			SP
HUMIRA PEN KIT PED UC	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 80 MG/ 0.8 ML	4	X			SP
HUMIRA PEN KIT PS/UV	ADALIMUMAB PEN-INJECTOR KIT 80 MG/ 0.8ML&40 MG/ 0.4ML	4	X	X		SP
ICATIBANT INJ 30MG/3ML	ICATIBANT ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR30 MG/3ML	4	X	X		SP
INFANRIX INJ	DIPH, ACELLULAR PERT & TET TOX INJ 25 LF-58 MCG-10 LF/ 0.5ML	1		X		
IPOLE INJ INACTIVE	POLIOVIRUS VACCINE, IPV INJECTION	1		X		
JYNNEOS INJ	SMALLPOX & MONKEYPOX VAC, LIVE, NONREPLICATING INJ 0.5 ML	1		X		PRV-A
KIN RIX INJ	DIPH-TETANUS-ACELL PERT-POLIO, IPV VACC SUSP PREF SYR 0.5 ML	1		X		
LEFLUNOMIDE TAB 10MG	LEFLUNOMIDE TAB 10 MG	2				
LEFLUNOMIDE TAB 20MG	LEFLUNOMIDE TAB 20 MG	2				
MENQUADFI INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) TETANUS CONJUGATE VACCINE	1		X		
MENVEO INJ	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) OLIGO CONJ VAC FORINJ	1		X		
MENVEOSOL	MENINGOCOCCAL (A, C, Y, AND W-135) OLIGO CONJ VAC IM SOLN	1		X		
METHOTREXATE INJ 1GM	METHOTREXATE SODIUM FOR INJ 1 GM	2				
METHOTREXATE INJ 1GM/40ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 1000 MG/ 40ML (25 MG/ ML)	2				
METHOTREXATE INJ 250/10ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 250 MG/ 10ML (25 MG/ ML)	2				
METHOTREXATE INJ 25MG/ML	METHOTREXATE SODIUM INJ 250 MG/ 10ML (25 MG/ML)	2				
METHOTREXATE INJ 25MG/ML	METHOTREXATE SODIUM INJ 50 MG/ 2ML (25 MG/ML)	2				
METHOTREXATE INJ 50MG/2ML	METHOTREXATE SODIUM INJ PF 50 MG/2ML (25 MG/ML)	2				
METHOTREXATE TAB 2.5MG	METHOTREXATE SODIUM TAB 2.5 MG (BASE EQUIV)	2				
M-M-RII INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA VIRUS VACCINES FORINJSOLN	1		X		
MODERNA INJ 6MO-11Y	COVID-19 MRNA VACCINE 6MO-11YR-MODERNAIM SUSP 25 MCG/ 0.25ML	1		X		PRV-A
MYCOPHENOLAT CAP 250MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL CAP 250 MG	3				
MYCOPHENOLAT SUS 200MG/ ML	MYCOPHENOLATE MOFETIL FOR ORAL SUSP 200 MG/ML	3				
MYCOPHENOLAT TAB 500MG	MYCOPHENOLATE MOFETIL TAB 500 MG	3				
MYCOPHENOLIC TAB 180MG DR	MYCOPHENOLATE SODIUM TAB DR 180 MG (MYCOPHENOLIC ACID EQUIV)	3				
MYCOPHENOLIC TAB 360MG DR	MYCOPHENOLATE SODIUM TAB DR360 MG (MYCOPHENOLIC ACID EQUIV)	3				
NOVAVAX INJ 2023-24	COVID-19 SUBUNIT PROT RECOM ADJUV VAC-NOVAVAXIM 5 MCG/ 0.5ML	1		X		PRV-A
OLUMIANT TAB IMG	BARICITINIB TAB 1 MG	4	X	X		SP

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
OLUMIANT TAB 2MG	BARICITINIB TAB 2 MG	4	X	X		SP
OLUMIANT TAB 4MG	BARICITINIB TAB 4 MG	4	X	X		SP
OTEZLA TAB 10/20/30	APREMILAST TAB STARTER THERAPY PACK 10 MG&20MG&30MG	4	X	X		SP
OTEZLA TAB 30MG	APREMILAST TAB 30 MG	4	X	X		SP
PEDIARIX INJ 0.5ML	DIPH-TETTOX-ACELL PERT-HEP B-POLIOIPV VAC SUSP PREF SYR	1		X		PRV-A
PEDVAX HIB INJ	HAEMOPHILUS B POLYSACCHARIDE CONJ VAC IM SUSP 75 MCG / 0.5 ML	1		X		
PENBRAYA INJ	MENINGOCOCCAL ACYW (TET CON J)-MENING B(RCMB)VACC FORINJ	1		X		PRV-A
PENTACEL INJ	DIPH-AC PER-TETTOX AD-POLIOV-HAEMOPH B POLY VAC FOR IM SUSP	1		X		PRV-A
PFIZER 5-11Y INJ 2023-24	COVID-19 MRNA VAC TRIS-S 5-11Y-PFIZER IM SUSP 10 MCG/ 0.3ML	1		X		PRV-A
PFIZER 6M-4Y INJ 2023-24	COVID-19 MRNA VACTRIS-S 6MO-4Y-PFIZER IM SUSP3 MCG/ 0.3ML	1		X		PRV-A
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5	PNEUMOCOCCAL VACCINE POLYVALENT INJ 25 MCG/ 0.5ML	1		X		
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE 3-ANTIGEN (RECOMBINANT) SUSP 10 MCG/ ML	1		X		PRV-A
PREVNAR20 INJ	PNEUMOCOCCAL 20-VALENT CONJUGATE VACCINE SUS PREF SYR 0.5 ML	1		X		PRV-A
PRIORIX INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA VIRUS VACCINES FOR SUBCUTANEOUS SUSP	1		X		
PROQUAD INJ	MEASLES-MUMPS-RUBELLA-VARICELLA VIRUS VACCINES FOR SUSP	1		X		PRV-A
QUADRACEL INJ 0.5ML	DIPH-TETANUS TOX AD-ACELL PERT & POLIO VIRUS, IPVVACINJ	1		X		
QUADRACEL INJ 0.5ML	DIPH-TETANUS-ACELL PERT-POLIO, IPVVACC SUSP PREF SYR 0.5 ML	1		X		
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 10 MCG/ML	1		X		
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 10 MCG / ML	1		X		
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 5 MCG/ 0.5ML	1		X		
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP PREF SYR 5 MCG/ 0.5ML	1		X		
RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML	HEPATITIS B VACCINE (RECOMBINANT) SUSP 40 MCG/ML	1		X		
RINVOQ TAB 15MG ER	UPADACITINIB TAB ER24HR15 MG	4	X	X		SP
RINVOQ TAB 30MG ER	UPADACITINIB TAB ER24HR30 MG	4	X	X		SP
RINVOQ TAB 45MG ER	UPADACITINIB TAB ER24HR45 MG	4	X	X		SP
ROTARIXSUS	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE FOR ORAL SUSP	1		X		PRV-A
ROTARIXSUS	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE ORAL SUSP	1		X		PRV-A
ROTATEQ SOL	ROTAVIRUS VACCINE, LIVE ORAL PENTAVALENT SOLN	1		X		PRV-A
SAJAZIR INJ 30MG/3ML	ICAHBANT ACETATE SUBCUTANEOUS SOLN PREF SYR 30 MG/3ML	4	X	X		SP
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	CYCLOSPORINE ORAL SOLN 100 MG/ ML	5				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
SHINGRIX INJ 50/0.5ML	ZOSTER VAC RECOMBINANT ADJUVANTED FOR IM INJ 50 MCG / 0.5ML	1		X		PRV-A
SIM PONI INJ 100MG/ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTOINJECTOR 100 MG/ML	4	X	X		SP
SIM PONI INJ 100MG/ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 100 MG/ ML	4	X	X		SP
SIMPONI INJ 50/0.5ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTO-INJECTOR50 MG/0.5ML	4	X	X		SP
SIMPONI INJ 50/0.5ML	GOLIMUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 50 MG / 0.5ML	4	X	X		SP
SIROLIMUS TAB 0.5MG	SIROLIMUS TAB 0.5 MG	3				
SIROLIMUS TAB IMG	SIROLIMUS TAB IMG	3				
SIROLIMUS TAB 2MG	SIROLIMUS TAB 2 MG	3				
SKYRIZI INJ 150DOSE	RISANKIZUMAB-RZAASOL PREFILLED SYRINGE 2 X75 MG/ 0.83ML KIT	4	X	X		SP
SKYRIZI INJ 150MG/ML	RISANKIZUMAB-RZAASOLN PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	4	X	X		SP
SKYRIZI INJ 180/1.2	RISANKIZUMAB-RZAA SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE 180 MG/ 1.2ML	4	X	X		SP
SKYRIZI INJ 360/2.4	RISANKIZUMAB-RZAA SUBCUTANEOUS SOLN CARTRIDGE 360 MG / 2.4ML	4	X	X		SP
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	RISANKIZUMAB-RZAA SOLN AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	4	X	X		SP
SPIKEVAX INJ 50/0.5ML	COVID-19 (SARS-COV-2)MRNA VACC-MODERNAIM SUSP 50 MCG/ 0.5ML	1		X		PRV-A
SPIKEVAX INJ 50/0.5ML	COVID-19 MRNA VACCINE-MODERNAIM SUSP PREF SYR 50 MCG/ 0.5ML	1		X		PRV-A
TACROLIMUS CAP 0.5MG	TACROLIMUS CAP 0.5 MG	2				
TACROLIMUS CAP IMG	TACROLIMUS CAP IMG	2				
TACROLIMUS CAP 5MG	TACROLIMUS CAP 5 MG	2				
TDVAX INJ 2-2 LF	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS (TD) INJ 2-2 LF/0.5ML	1		X		
TENIVAC INJ 5-2LF	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS (TD) INJ 5-2 LFU	1		X		
TRUM ENBA INJ	MENINGOCOCCAL GROUP B VAC (RECOMB) IM SUSP PREFILLED SYR	1		X		PRV-A
TWIN RIX INJ	HEP A-HEP B VACCINE SUSP PREF SYR 720-20 ELU-MCG/ML	1		X		
VAQTA INJ 25/0.5ML	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 25 UNIT/ 0.5ML	1		X		
VAQTA INJ 50UNT/ML	HEPATITIS A VACCINE INJ SUSP 50 UNIT/ ML	1		X		
VARIVAX INJ	VARICELLA VIRUS VAC LIVE FOR SUBCUTANEOUS INJ 1350 PFU/ 0.5ML	1		X		
VAXELIS INJ	DIPH-TETTOX-AC PERT AD-POLIO IPV-HIB-HEPB REC SUSP PRE SYR	1		X		PRV-A
VAXELIS INJ	DIPH-TETTOX-AC PERT AD-POLIO IPV-HIB-HEPAHHS B RECMB SUSP	1		X		PRV-A
VAXNEUVANCE INJ	PNEUMOCOCCAL 15-VALENT CONJUGATE VACCINE SUS PREF SYR 0.5 ML	1		X		PRV-A

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
XELJANZ SOL1MG/ML	TOFACITINIB CITRATE ORAL SOLN 1 MG / ML (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
XELJANZ TAB 10 MG	TOFACITINIB CITRATE TAB 10 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
XELJANZ TAB 5MG	TOFACITINIB CITRATE TAB 5 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
XELJANZ XR TAB 11MG	TOFACITINIB CITRATE TAB ER 24HR11 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP
XELJANZ XR TAB 22MG	TOFACITINIB CITRATE TAB ER 24HR 22 MG (BASE EQUIVALENT)	4	X	X		SP

#### Agentes para enfermedades inflamatorias intestinales

ANALPRAM-HC LOT 2.5%	HYDROCORTISONE ACETATE W/ PRAMOXINE PERIANAL LOTN 2.5-1%	5				
BALSALAZIDE CAP 750MG	BALSALAZIDE DISODIUM CAP 750 MG	3				
BUDESONIDE AER 2MG/ACT	BUDESONIDE RECTAL FOAM 2 MG/ACT	3				
BUDESONIDE CAP 3MG DR	BUDESONIDE DELAYED RELEASE PARTICLES CAP 3 MG	3				
CORHFOAM AER 90MG	HYDROCORTISONE ACETATE PERIANAL FOAM 10% (90 MG/DOSE)	3				
DIPENTUM CAP 250MG	OLSALAZINE SODIUM CAP 250 MG	5				
HC PRAMOXINE CRE1-1%	HYDROCORTISONE ACETATE W/ PRAMOXINE PERIANAL CREAM 1-1%	3				
HYDROCORT ENE 100MG	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG/ 60ML	3				
HYDROCORTISO CRE 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	2				
MESALAMINE CAP 0.375GM	MESALAMINE CAP ER 24HR 0.375 GM	3		X		
MESALAMINE ENE 4GM	MESALAMINE ENEMA4 GM	3		X		
MESALAMINE KIT 4GM	MESALAMINE RECTAL ENEMA4 GM & CLEANSER WIPE KIT	3		X		
MESALAMINE SUP 1000MG	MESALAMINE SUPPOS1000 MG	3		X		
MESALAMINE TAB 1.2GM	MESALAMINE TAB DELAYED RELEASE 1.2 GM	3		X		
PROCTOFOAM AER HC 1%	HYDROCORTISONE ACETATE W/ PRAMOXINE PERIANAL FOAM 1-1%	3				
PROCTO-MED CRE HC 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	2				
PROCTOSOL HC CRE 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	2				
PROCTOZONE CRE -HC 2.5%	HYDROCORTISONE PERIANAL CREAM 2.5%	2				
SULFASALAZIN TAB 500MG	SULFASALAZINE TAB 500 MG	2				
SULFASALAZIN TAB 500MG DR	SULFASALAZINE TAB DELAYED RELEASE 500 MG	2				

#### Agentes para la osteopatía metabólica

ALENDRONATE SOL 70/75ML	ALENDRONATE SODIUM ORAL SOLN 70 MG/ 75ML	3				
ALENDRONATE TAB 10MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 10 MG	2		X		
ALENDRONATE TAB 35MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 35 MG	2		X		
ALENDRONATE TAB 70MG	ALENDRONATE SODIUM TAB 70 MG	2		X		
CALCITONIN SPR200/ACT	CALCITONIN (SALMON) NASAL SOLN 200 UNIT/ ACT	2		X		
CALCITRIOL CAP 0.25MCG	CALCITRIOL CAP 0.25 MCG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
CALCITRIOL CAP 0.5MCG	CALCITRIOL CAP 0.5 MCG	2				
CALCITRIOL SOL 1MCG/ML	CALCITRIOL ORAL SOLN 1 MCG /ML	3				
CINACALCET TAB 30MG	CINACALCET HCL TAB 30 MG (BASE EQUIV)	3	X	X		
CINACALCET TAB 60MG	CINACALCET HCL TAB 60 MG (BASE EQUIV)	3	X	X		
CINACALCET TAB 90MG	CINACALCET HCL TAB 90 MG (BASE EQUIV)	3	X	X		
IBANDRONATE TAB 150MG	IBANDRONATE SODIUM TAB 150 MG (BASE EQUIVALENT)	2		X		
PARICALCITOL CAP 1 MCG	PARICALCITOL CAP 1 MCG	3				
PARICALCITOL CAP 2 MCG	PARICALCITOL CAP 2 MCG	3				
PARICALCITOL CAP 4 MCG	PARICALCITOL CAP 4 MCG	3				
RISEDRONATE TAB 150MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 150 MG	3		X		
RISEDRONATE TAB 30MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 30 MG	3		X		
RISEDRONATE TAB 35MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 35 MG	3		X		
RISEDRONATE TAB 5MG	RISEDRONATE SODIUM TAB 5 MG	3		X		
TYMLOS INJ	ABALOPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLN PEN-INJECTOR 3120 MCG/ 1.56ML	4	X	X		SP
<b>Agentes terapéuticos varios</b>						
ALCOHOL PREP PAD	ALCOHOL SWABS	3				
ASSURE ID MIS 1ML/31G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001 ML31X 15/64"	1				
BD GLUCOSE CHW5GM	GLUCOSE CHEW TAB 5 GM	3				
CAVA DPR	DIAPHRAGM ARC-SPRING	1				
CHEMSTRIPTES MICRAL	ALBUMIN (URINE) TEST STRIP	3				
CHEMSTRIPTES	ACETONE (URINE) TEST STRIP	3				
COM FORT TOUC MIS 31GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE31G X4 MM (1/ 6" OR 5/32")	1				
COM FORT TOUC MIS 32GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 G X 8 MM (1/3" OR 5/16")	1				
COM FORT TOUC MIS 33GX1/4"	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X 6 MM (1/4" OR 15/ 64")	1				
COM FORT TOUC MIS 33GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 33 G X5 MM (1/ 5" OR 3/16")	1				
COM FORT TOUC MIS 33GX5/32	INSULIN PEN NEEDLE 33 GX4 MM (1/6" OR 5/32")	1				
CONDOMS MIS	Condoms - Male	1		X		
CONDOMS MIS LUBRICAT	Condoms Latex Lubricated	1		X		
COUNT-A-DOSE MIS	INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES - MISO	3				
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER	5	X	X		
DEXCOM G6 MIS SENSOR	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR	5	X	X		
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM TRANSMITTER	5	X	X		
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER	5	X	X		
DEXCOM G7 MIS SENSOR	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR	5	X	X		
DIASCREEN MIS 1G	URINE GLUCOSE MONITORING SUPPLIES	3				
DIASTIXTES STRIPS	GLUCOSE URINE TEST-(GLUCOSE OXIDASE) STRIP	3				
DUREX MIS REAL FEEL	Condoms Non-Latex Lubricated	1		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
EASY TOUCH MIS30G	INSULIN PEN NEEDLE 30 G X 6 MM (1/4" OR 15/ 64")	1				
ERGOLOID MES TAB IMG ORAL	ERGOLOID MESYLATES TAB 1 MG	3				
FC2 FEMALE MIS CONDOM	Condoms - Female	1		X		
FEMCAP MIS 22MM	CERVICAL CAP 22 MM	1				
FEMCAP MIS 26MM	CERVICAL CAP 26 MM	1				
FEMCAP MIS 30MM	CERVICAL CAP 30 MM	1				
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	SPACER/ AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - MASKS	2		X		
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR	5	X	X		
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR	5	X	X		
FREESTY LIBR MIS 2 READER	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER	5	X	X		
FREESTY LIBR MIS 3 READER	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER	5	X	X		
FREESTYLE KIT SENSOR	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM SENSOR	5	X	X		
FREESTYLE MIS READER	CONTINUOUS GLUCOSE SYSTEM RECEIVER	5	X	X		
GAUZE PAD 2"X2"	GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2" X 2"	3				
GLUCOSE BITS CHW1GM	GLUCOSE CHEW TAB 1 GM	3				
GNP GLUCOSE CHW 2GM	GLUCOSE CHEW TAB 2 GM (CARB EQUIV)	3				
INSPIREASE MIS DD SYST	SPACER/ AEROSOL-HOLDING CHAMBERS-DEVICE	2		X		
INSPIREASE MIS RES BAG	SPACER/ AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - BAGS	2		X		
INSULIN SRYG MIS 1ML/32G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001 ML 32 X 5/16"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/29G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 0.3 ML 29 X 1/2"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/30G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 0.3 ML 30 X 1/2"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/30G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 0.3 ML 30 X 5/16"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 0.3 ML 31 X 15/ 64"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.3/31G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 0.3 ML 31 X 5/16"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/28G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001/ 2 ML 28 X 1/2"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/29G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001/ 2 ML 29 X 1/2"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001/ 2 ML30 X 1/2"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/30G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001/ 2 ML30 X 5/16"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/31G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001/ 2 ML31 X 15/ 64"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/31G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001/ 2 ML31 X 5/16"	1				
INSULIN SYRG MIS 0.5/32G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 0.5 ML 32 X 5/16"	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
INSULIN SYRG MIS 1ML/27G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001 ML 27 X 5/8"	1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001 ML 28 X 1/2"	1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/28G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001 ML 28 X 5/16"	1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 1 ML 29 X 1/2"	1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/29G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 1 ML 29 X 5/16"	1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-100 1 ML 30 X 1/2"	1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/30G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001 ML 30 X 5/16"	1				
INSULIN SYRG MIS 1ML/31G	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001 ML 31X 5/16"	1				
KETO-DIASTIX TES	URINE GLUCOSE-KETONES TEST STRIPS	3				
LAGEVRIOCAP 200MG	MOLNUPIRAVIR CAP 200 MG	1		X		
MASK VORTEX/MIS FROG	SPACER/ AEROSOL-HOLDING CHAMBER SUPPLIES - MASKS	2		X		
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001/ 2 ML 27 X1/2"	1				
MAXICOMFORT MIS 27GX1/2"	INSULIN SYRINGE/ NEEDLE U-1001 ML 27X 1/2"	1				
METHERGINE TAB 0.2MG	METHYLERGONOVINE MALEATE TAB 0.2 MG	3		X		
METHYLERGON TAB 0.2MG	METHYLERGONOVINE MALEATE TAB 0.2 MG	3		X		
NEEDLE COLLE MIS DISPOSAL	SHARPS CONTAINER - MISO	3				
NOVOFINE MIS 32GX6MM	INSULIN PEN NEEDLE32GX6 MM (1/4" OR 15/64")	1				
NOVOFINE AUT MIS 30GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE30 G X8 MM (1/3" OR 5/16")	1				
NOVOFINE PLS MIS 32GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE32GX4MM (1/6" OR 5/32")	1				
NOVOTWIST MIS 32GX5MM	INSULIN PEN NEEDLE32GX5MM (1/5"OR 3/16")	1				
OMNIFLEX DPR	DIAPHRAGMS	1				
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP KIT	5	X	X		
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP RESERVOIR	5	X	X		
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP KIT	5	X	X		
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	INSULIN INFUSION DISPOSABLE PUMP RESERVOIR	5	X	X		
PARAGARD IUdT380A	COPPERIUd	1				PRV-M
PAXLOVID TAB 150-100	NIRMATRELVIR TAB 10 X150 MG & RITONAVIR TAB 10 X100 MG PAK	1		X		
PAXLOVID TAB 300-100	NIRMATRELVIR TAB 20 X150 MG & RITONAVIR TAB 10 X100 MG PAK	1		X		
PEN NEEDLE MIS 29GX1/2"	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X 12.7 MM (1/ 2")	1				
PEN NEEDLE MIS 29GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE 29 GX5 MM (1/5" OR 3/16")	1				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PEN NEEDLE MIS 29GX5/16	INSULIN PEN NEEDLE 29 GX8 MM (1/3" OR 5/16")	1				
PEN NEEDLES MIS 29GX1/2"	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X12 MM (1/2")	1				
PEN NEEDLES MIS 31GX1/4"	INSULIN PEN NEEDLE 31G X 6 MM (1/ 4" OR 15/ 64")	1				
PEN NEEDLES MIS 31GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE31G X5 MM (1/5" OR3 /16")	1				
PEN NEEDLES MIS 31GX5/16	INSULIN PEN NEEDLE 31G X8 MM (1/3" OR5 /16")	1				
PENTIPS MIS 29GX12MM	INSULIN PEN NEEDLE 29 G X12 MM (1/ 2")	1				
PENTIPS MIS 31GX5MM	INSULIN PEN NEEDLE31G X5 MM (1/5" OR3 /16")	1				
PENTIPS MIS 31GX8MM	INSULIN PEN NEEDLE31GX8 MM (1/3" OR5 /16")	1				
PENTIPS MIS 32GX4MM	INSULIN PEN NEEDLE 32 GX4 MM (1/6" OR 5/32")	1				
PHEXXIGEL	LACTIC ACID-CITRIC ACID-POTASSIUM BITARTRATE GEL 1.8-L-0.4%	1		X		
PRECISN XTRATES KETONE	KETONE BLOOD TEST STRIP	3				
RA URINARY TES TRACT IN	URINARY TRACT INFECTION (UH) TEST STRIP	3				
RADIOGARDASE CAP 0.5GM	PRUSSIAN BLUE INSOLUBLE CAP 0.5 GM	5				
SM GLUCOSE CHW SOURAPP	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM (ROUNDED)	3				
TRUEPLUS CHW GLUCOSE	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM (ROUNDED)	3				
ULUCARE MIS 30GX3/16	INSULIN PEN NEEDLE30 G X5 MM (1/5" OR 3/16")	1				
UTI HOME TES TEST	URINARY TRACT INFECTION (UH) TEST	3				
WIDE-SEAL DPR KIT 60	DIAPHRAGM WIDE SEAL 60 MM	1				
WIDE-SEAL DPR KIT 65	DIAPHRAGM WIDE SEAL 65 MM	1				
WIDE-SEAL DPR KIT 70	DIAPHRAGM WIDE SEAL 70 MM	1				
WIDE-SEAL DPR KIT 75	DIAPHRAGM WIDE SEAL 75 MM	1				
WIDE-SEAL DPR KIT 80	DIAPHRAGM WIDE SEAL 80 MM	1				
WIDE-SEAL DPR KIT 85	DIAPHRAGM WIDE SEAL 85 MM	1				
WIDE-SEAL DPR KIT 90	DIAPHRAGM WIDE SEAL 90 MM	1				
WIDE-SEAL DPR KIT 95	DIAPHRAGM WIDE SEAL 95 MM	1				
<b>Agentes oftálmicos</b>						
AK-POLY-BAC OIN OP	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	2				
AKTEN GEL 3.5%	LIDOCAINE HCL OPHTH GEL 3.5%	5				
ALOCRI SOL 2%	NEDOCROMIL SODIUM OPHTH SOLN 2%	5				
ALOMIDE SOL 0.1% OP	LODOXAMIDE TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.1%	5				
ALTACAINE SOL 0.5% OP	TETRACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	2				
ALTAFRIN SOL 10% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 10%	2				
ALTAFRIN SOL 2.5% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 2.5%	2				
APRACLONIDIN SOL 0.5% OP	APRACLONIDINE HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIVALENT)	2				
ATROPINE SUL SOL 1%	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	2				
ATROPINE SUL SOL 1% OP	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
AZASITE SOL 1%	AZITHROMYCIN OPHTH SOLN 1%	5				
AZELASTINE DRO 0.05%	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	2				
BACIT/POLYMYOIN OP	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	2				
BACITRACIN OIN OP	BACITRACIN OPHTH OINT 500 UNIT/ GM	3				
BE POTASH NE DRO 1.5%	BEPOTASHNE BESILATE OPHTH SOLN 1.5%	3		X		
BEPOTASHNE DRO 1.5% OP	BEPOTASHNE BESILATE OPHTH SOLN 1.5%	3		X		
BESIVANCE SUS 0.6%	BESIFLOXACIN HCL OPHTH SUSP 0.6% (BASE EQUIV)	5				
BETADINE SOL 5% OP	POVIDONE-IODINE OPHTH SOLN 5%	5				
BETAXOLOL SOL 0.5% OP	BETAXOLOL HCL OPHTH SOLN 0.5%	2				
BEHMOL SOL 0.25%	HMOLOL OPHTH SOLN 0.25%	3		X		
BEHMOL SOL 0.5%	HMOLOL OPHTH SOLN 0.5%	3		X		
BETOPHC-S SUS 0.25% OP	BETAXOLOL HCL OPHTH SUSP 0.25%	5				
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	SULFACETAMIDE SODIUM-PREDNISOLONE OPHTH OINT 10-0.2%	3				
BLEPHAMIDESUSOP	SULFACETAMIDE SODIUM-PREDNISOLONE OPHTH SUSP 10-0.2%	5				
BRIMO/TIMOLO SOL 0.2/0.5%	BRIMONIDINE TARTRATE-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.2-0.5%	3		X		
BRIMONIDINE SOL 0.15%	BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SOLN 0.15%	3		X		
BRIMONIDINE SOL 0.2% OP	BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SOLN 0.2%	3		X		
BRINZOLAMIDE SUS 1%	BRINZOLAMIDE OPHTH SUSP 1%	3		X		
BRINZOLAMIDE SUS 1% OP	BRINZOLAMIDE OPHTH SUSP 1%	3		X		
BROMFENAC DRO 0.09% OP	BROMFENAC SODIUM OPHTH SOLN 0.09% (BASE EQUIV) (ONCE-DAILY)	3		X		
BROMFENAC SOL 0.09% OP	BROMFENAC SODIUM OPHTH SOLN 0.09% (BASE EQUIV) (ONCE-DAILY)	3		X		
CARTEOLOL SOL 1% OP	CARTEOLOL HCL OPHTH SOLN 1%	2				
OILMAN OIN 0.3% OP	CIPROFLOXACIN HCL OPHTH OINT 0.3%	5				
CIPROFLOXACN SOL 0.3% OP	CIPROFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.3% (BASE EQUIVALENT)	2				
CROMOLYN SOD SOL 4% OP	CROMOLYN SODIUM OPHTH SOLN 4%	2				
CYCLOMYDRIL SOL OP	CYCLOPENTOLATE W/ PHENYLEPHRINE OPHTH SOLN 0.2-1%	5				
CYCLOPENTOL SOL 1% OP	CYCLOPENTOLATE HCL OPHTH SOLN 1%	2				
CYCLOPENTOL SOL 2% OP	CYCLOPENTOLATE HCL OPHTH SOLN 2%	2				
CYCLOPENTOLA SOL 0.5%	CYCLOPENTOLATE HCL OPHTH SOLN 0.5%	2				
CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP	CYCLOSPORINE (OPHTH) EMULSION 0.05%	3	X	X		
CYSTARAN SOL 0.44%	CYSTEAMINE HCL OPHTH SOLN 0.44% (BASE EQUIVALENT)	6	X	X		SP
DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE OPHTH SOLN 0.1%	2				
DICLOFENAC SOL 0.1% OP	DICLOFENAC SODIUM OPHTH SOLN 0.1%	2				
DIFLUPREDNAT EMU 0.05%	DIFLUPREDNATE OPHTH EMULSION 0.05%	3				
DORZOL/TIMOL SOL 2%-0.5%	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE PF OPHTH SOLN 2-0.5%	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
DORZOL/TIMOL SOL 2-0.5% OP	DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 2-0.5%	2		X		
DORZOLAMIDE SOL 2% OP	DORZOLAMIDE HCL OPHTH SOLN 2%	2				
EPINASTINE DRO 0.05%	EPINASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	2		X	X	
ERYTHROMYCIN OIN 5MG/GM	ERYTHROMYCIN OPHTH OINT 5 MG/ GM	2				PRV*
FLUOROMETHOL SUS 0.1% OP	FLUOROMETHOLONE OPHTH SUSP 0.1%	2				
FLURBIPROFEN SOL 0.03% OP	FLURBIPROFEN SODIUM OPHTH SOLN 0.03%	2				
GATIFLOXACIN SOL 0.5%	GATIFLOXACIN OPHTH SOLN 0.5%	3				
GENTAX OIN 0.3% OP	GENTAMICIN SULFATE OPHTH OINT 0.3%	2				
GENTAMICIN SOL 0.3% OP	GENTAMICIN SULFATE OPHTH SOLN 0.3%	2				
INVELTYS SUS 1%	LOTEPREDNOL E TAB ONATE OPHTH SUSP 1%	5		X		
IOPIDINE SOL 1% OP	APRACLONIDINE HCL OPHTH SOLN 1% (BASE EQUIVALENT)	5				
ISOPTO ATROP SOL 1% OP	ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN 1%	5				
KETOROLAC SOL 0.4%	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.4%	2				
KETOROLAC SOL 0.5%	KETOROLAC TROMETHAMINE OPHTH SOLN 0.5%	2				
LASTACFT SOL 0.25%	ALCAFTADINE OPHTH SOLN 0.25%	5		X		
LATANOPROST SOL 0.005%	LATANOPROST OPHTH SOLN 0.005%	2				
LEVOBUNOLOL SOL 0.5% OP	LEVOBUNOLOL HCL OPHTH SOLN 0.5%	2				
LEVOFLOXACIN SOL 0.5%	LEVOFLOXACIN OPHTH SOLN 0.5%	2				
LEVOFLOXACIN SOL 1.5%	LEVOFLOXACIN OPHTH SOLN 1.5%	2				
LOTEMAX OIN 0.5%	LOTEPREDNOL E TAB ONATE OPHTH OINT 0.5%	5				
LOTEMAXSM GEL 0.38%	LOTEPREDNOL E TAB ONATE OPHTH GEL 0.38%	5		X		
LOTEPREDNOL SUS 0.5%	LOTEPREDNOL E TAB ONATE OPHTH SUSP 0.5%	3		X		
LUMIGAN SOL 0.01%	BIMATOPROST OPHTH SOLN 0.01%	3		X		
MITOSOL KIT 0.2MG	MITOMYCIN FOR OPHTH SOLN KIT 0.2 MG	5				
MOXIFLOXACIN SOL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQ) (2 TIMES DAILY)	2				
MOXIFLOXACIN SOL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIV)	2				
MOXIFLOXACIN SOL HCL 0.5%	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% (BASE EQUIV)	2				
NATACYN SUS 5% OP	NATAMYCIN OPHTH SUSP 5%	5				
NEO/BAC/POLY OIN OP	NEOMYCIN-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5) MG-400UNT-10000UNT OP OIN	2				
NEO/POLY/BAC OIN/HC 1% OP	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HC OPHTH OINT1%	3				
NEO/POLY/BAC OIN OP	NEOMYCIN-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5) MG-400UNT-10000UNT OP OIN	2				
NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE OPHTH OINT 0.1%	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
NEO/POLY/DEX SUS 0.1% OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE OPHTH SUSP 0.1%	2				
NEO/POLY/GRASOL OP	NEOMYCIN-POLYMY-GRAMICID OP SOL 1.75-10000-0.025MG-UNT-MG /ML	2				
NEO/POLY/HCSUS OP	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OPHTH SUSP	3				
NEO-POLYCIN OIN HC 1% OP	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HC OPHTH OINT1%	3				
NEO-POLYCIN OIN OP	NEOMYCIN-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5) MG-400UNT-10000UNT OP OIN	2				
OFLOXACIN DRO 0.3% OP	OFLOXACIN OPHTH SOLN 0.3%	2				
OLOPATADINE DRO 0.1%	OLOPATADINE HCL OPHTH SOLN 0.1% (BASE EQUIVALENT)	2		X		
PHENYLEPHRIN SOL 10% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 10%	2				
PHENYLEPHRIN SOL 2.5% OP	PHENYLEPHRINE HCL OPHTH SOLN 2.5%	2				
PHOSPHOLINE SOL 0.125%OP	ECHOTHIOPHATE IODIDE OPHTH FOR SOLN 0.125%	3				
PILOCARPINE SOL 1% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 1%	2				
PILOCARPINE SOL 2% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 2%	2				
PILOCARPINE SOL 4% OP	PILOCARPINE HCL OPHTH SOLN 4%	2				
POLYCIN OIN OP	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	2				
POLYMYXIN B/ SOL TRIMETHP	POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM OPHTH SOLN 10000 UNIT/ ML-0.1%	2				
PRED SOD PHO SOL 1% OP	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTH SOLN 1%	2				
PRED-G SUS OP	GENTAMICIN-PREDNISOLONE ACE OPHTH SUSP 0.3-1%	5				
PREDNISOLONE SUS 1% OP	PREDNISOLONE ACETATE OPHTH SUSP 1%	2				
PROPARACAINE SOL 0.5% OP	PROPARACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	2				
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	BRINZOLAMIDE-BRIMONIDINE TARTRATE OPHTH SUSP 1-0.2%	5		X		
SULF/PREDNASOLOP	SULFACETAMIDE SODIUM-PREDNISOLONE OPHTH SOLN 10-0.23(0.25)%	2				
SULFACET SOD OIN 10% OP	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH OINT10%	2				
SULFACET SOD SOL 10% OP	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH SOLN 10%	2				
T AFLUPROST SOL 0.0015%	T AFLUPROST PRESERVATIVE FREE (PF) OPHTH SOLN 0.0015%	3		X	X	
TETRACAINE SOL 0.5% OP	TETRACAINE HCL OPHTH SOLN 0.5%	2				
TIMOLOL GEL SOL 0.25% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH GEL FORMING SOLN 0.25%	3				
TIMOLOL GEL SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH GEL FORMING SOLN 0.5%	3				
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.25%	2				
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP	TIMOLOL MALEATE PRESERVATIVE FREE OPHTH SOLN 0.25%	3				
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.5%	2				
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP	TIMOLOL MALEATE PRESERVATIVE FREE OPHTH SOLN 0.5%	3				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
TIMOLOL MALE SOL 0.5%	TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.5% (ONCE-DAILY)	2				
TOBRA/DEXAME SUS 0.3-01%	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE OPHTH SUSP 0.3-01%	3				
TOBRADEX OIN 0.3-01%	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE OPHTH OINT 0.3-01%	5				
TOBRAMYCIN SOL 0.3% OP	TOBRAMYCIN OPHTH SOLN 0.3%	2				
TOBREX OIN 0.3% OP	TOBRAMYCIN OPHTH OINT 0.3%	5				
TRAVOPROST DRO 0.004%	TRAVOPROST OPHTH SOLN 0.004% (BENZALKONIUM FREE) (BAK FREE)	3		X		
TRIFLURIDINE SOL 1% OP	TRIFLURIDINE OPHTH SOLN 1%	3				
TRIMETHOPRIM SOL POLYMYXN	POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM OPHTH SOLN 10000 UNIT/ ML-0.1%	2				
XELPROS EMU 0.005%	LATANOPROST OPHTH EMULSION 0.005%	5		X		
ZIRGAN GEL 0.15%	GANCICLOVIR OPHTH GEL 0.15%	5				
ZYLETSUS 0.5-0.3%	LOTEPREDNOL E TAB ONATE-TOBRAMYCIN OPHTH SUSP 0.5-0.3%	5				
<b>Agentes óticos</b>						
ACETIC ACID SOL 2% OTIC	ACETIC ACID OTIC SOLN 2%	2				
CIPRO/DEXA SUS 0.3-01%	CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE OTIC SUSP 0.3-01%	3			X	
CIPRO/FLUOC DRO PF	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE ACETON (PF) OTIC SOLN 0.3-0.025%	5				
CIPROFLOXACN SOL 0.2%	CIPROFLOXACIN HCL OTIC SOLN 0.2% (BASE EQUIVALENT)	3				
CORTISPORIN SUS -TC OTIC	NEOMYCIN-COLISTIN-HC-THONZONIUM OTIC SUSP 3.3-3-10-0.5 MG/ ML	5				
FLAC OIL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	3				
FLUOCIN ACET OIL 0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	3				
FLUOCIN ACET OIL EAR0.01%	FLUOCINOLONE ACETONIDE (OTIC) OIL 0.01%	3				
HC/ACET ACID SOL OTIC	HYDROCORTISONE W/ ACETIC ACID OTIC SOLN 1-2%	3				
NEO/POLY/HC SOL 1% OTIC	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OTIC SOLN 1%	2				
NEO/POLY/HC SUS 1% OTIC	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC OTIC SUSP 3.5 MG/ ML-10000 UNIT/ ML-1%	2				
OFLOXACIN DRO 0.3%OTIC	OFLOXACIN OTIC SOLN 0.3%	2				
OTOVEL DRO	CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE ACETON (PF) OTIC SOLN 0.3-0.025%	5				
<b>Agentes pulmonares/del tracto respiratorio</b>						
ACETYLCYST SOL 10%	ACETYLCYSTEINE INHAL SOLN 10%	2				
ACETYLCYST SOL 20%	ACETYLCYSTEINE INHAL SOLN 20%	2				
ADEMPAS TAB 0.5MG	RIOCIGUAT TAB 0.5 MG	4	X	X		SP
ADEMPAS TAB 1.5MG	RIOCIGUAT TAB 1.5 MG	4	X	X		SP
ADEMPAS TAB IMG	RIOCIGUAT TAB IMG	4	X	X		SP
ADEMPAS TAB 2.5MG	RIOCIGUAT TAB 2.5 MG	4	X	X		SP

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ADEM PAS TAB 2MG	RIOCIGUAT TAB 2 MG	4	X	X		SP
ALBUTEROL AER HFA	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	1				
ALBUTEROL NEB 0.083%	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.083% (2.5 MG/3ML)	1				
ALBUTEROL NEB 0.5%	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.5% (5 MG/ML)	1				
ALBUTEROL NEB 0.63MG/3	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 0.63 MG/3ML (BASE EQUIV)	1				
ALBUTEROL NEB 1.25MG/3	ALBUTEROL SULFATE SOLN NEBU 1.25 MG/3ML (BASE EQUIV)	1				
ALBUTEROL SYP 2MG/5ML	ALBUTEROL SULFATE SYRUP 2MG/5ML	3				
ALBUTEROL TAB 2MG	ALBUTEROL SULFATE TAB 2 MG	3				
ALBUTEROL TAB 4MG	ALBUTEROL SULFATE TAB 4 MG	3				
ALVESCO AER 160MCG	CICLESONIDE INHAL AEROSOL 160 MCG/ACT	5		X	X	
ALVESCO AER 80MCG	CICLESONIDE INHAL AEROSOL 80 MCG/ACT	5		X	X	
ALYQ TAB 20MG	TADALAFIL TAB 20 MG (PAH)	4	X	X		SP
AMBRISENTAN TAB 10MG	AMBRISENTAN TAB 10 MG	4	X	X		SP
AMBRISENTAN TAB 5MG	AMBRISENTAN TAB 5 MG	4	X	X		SP
ARFORMOTEROL NEB 15/2ML	ARFORMOTEROL TARTRATE SOLN NEBU15 MCG/2ML (BASE EQUIV)	3		X		
ARNUITY ELPTINH 100MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV 100 MCG/ACT	3		X		
ARNUITY ELPTINH 200MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV 200 MCG/ACT	3		X		
ARNUITY ELPTINH 50MCG	FLUTICASONE FUROATE AEROSOL POWDER BREATH ACTIV50 MCG/ACT	3		X		
ASMANEX120 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	3		X		
ASMANEX14 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	3		X		
ASMANEX 30 AER 110MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 110 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	3		X		
ASMANEX 30 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	3		X		
ASMANEX 60 AER 220MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL POWD 220 MCG/ACT (BREATH ACTIVATED)	3		X		
ASMANEX HFA AER 100 MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 100 MCG/ACT	3		X		
ASMANEX HFA AER 200 MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 200 MCG/ACT	3		X		
ASMANEX HFA AER 50MCG	MOMETASONE FUROATE INHAL AEROSOL SUSPENSION 50 MCG/ACT	3		X		
ATROVENT HFA AER 17MCG	IPRATROPIUM BROMIDE HFAINHAL AEROSOL 17 MCG/ACT	5		X		
AZELASTINE SPR 0.1%	AZELASTINE HCL NASAL SPRAY 0.1% (137 MCG/SPRAY)	2		X		
BENZONATATE CAP 100MG	BENZONATATE CAP 100 MG	2				
BENZONATATE CAP 200MG	BENZONATATE CAP 200 MG	2				

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
BEVESPI AER 9-4.8M CG	GLYCOPYRROLATE-FORMOTEROL FUMARATE AEROSOL 9-4.8 MCG/ ACT	3		X		
BOSENTAN TAB 125MG	BOSENTAN TAB 125 MG	4	X	X		SP
BOSENTAN TAB 62.5MG	BOSENTAN TAB 62.5 MG	4	X	X		SP
BPM-PSE-DM SYP 2-30-10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP 30-2-10MG/5ML	2				
BREYNA AER 160/4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 160-4.5 MCG/ ACT	3		X		
BREYNA AER 80/4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 80-4.5 MCG/ ACT	3		X		
BREZTRI AERO AER SPHERE	BUDESONIDE-GLYCOPYRROLATE-FORMOTEROL AERS 160-9-4.8 MCG / ACT	3		X		
BROM/PSE/DM SYP	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP30-2-10 MG/5ML	2				
BROM/PSE/DM SYP 2/30/10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP30-2-10MG/5ML	2				
BROM/PSE/DM SYP 2-30-10	PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM SYRUP30-2-10MG/5ML	2				
BUDES/FOR MOT AER 160-4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 160-4.5 MCG/ ACT	3		X		
BUDES/FOR MOT AER 80-4.5	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE DIHYD AEROSOL 80-4.5 MCG / ACT	3		X		
BUDESONIDE SUS 0.25MG/2	BUDESONIDE INHALATION SUSP 0.25 MG/ 2ML	3		X		
BUDESONIDE SUS 0.5MG/2	BUDESONIDEINHALATION SUSP 0.5 MG/2ML	3		X		
BUDESONIDE SUS 1MG/2ML	BUDESONIDE INHALATION SUSP IMG/ 2ML	3		X		
CARBINOXAMIN SOL 4MG/5ML	CARBINOXAMINE MALEATE SOLN 4 MG/ 5ML	2				
CARBINOXAMIN TAB 4MG	CARBINOXAMINE MALEATE TAB 4 MG	2				
CLEMASTINE TAB 2.68MG	CLEMASTINE FUMARATE TAB 2.68 MG	2				
CROMOLYN SOD NEB 20MG/2ML	CROMOLYN SODIUM SOLN NEBU 20 MG/2ML	3				
CYPROHEPTAD SYP 2MG/5ML	CYPROHEPTADINE HCL SYRUP 2 MG/ 5ML	2				
CYPROHEPTAD TAB 4MG	CYPROHEPTADINE HCL TAB 4 MG	2				
DES Loratadin TAB 5MG	DES Loratadin TAB 5 MG	3				
DIPHENHYDRAM ELX12.5/5ML	DIPHENHYDRAMINE HCL ELIXIR 12.5 MG/ 5ML	2				BH*
ELIXOPHYLLIN ELX80/15ML	THEOPHYLLINE ELIXIR80 MG/15ML	3				
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/ 0.15ML (1:1000)	1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3ML (1:2000)	1		X		
EPINEPHRINE INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3ML (1:1000)	1		X		
FLUNISOLIDE SPR 0.025%	FLUNISOLIDE NASAL SOLN 25 MCG/ ACT (0.025%)	3				
FLUTIC/SALME AER100/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 100-50 MCG/ACT	3		X		
FLUTIC/SALME AER 250/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 250-50 MCG/ACT	3		X		
FLUTIC/SALME AER 500/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 500-50 MCG/ACT	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
FLUTIC/SALME INH 113/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 113-14 MCG/ACT	3		X		
FLUTIC/SALME INH 232/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 232-14 MCG/ACT	3		X		
FLUTIC/SALME INH 55/14	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 55-14 MCG/ACT	3		X		
FLUTICASONE SPR 50MCG	FLUTICASONE PROPIONATE NASAL SUSP 50 MCG/ACT	2		X		
FORMOTEROL NEB 20/2ML	FORMOTEROL FUMARATE SOLN NEBU 20 MCG/2ML	3		X		
GILTUSS TAB 10-388MG	PHENYLEPHRINE-GUAIFENESIN TAB 10-388 MG	5				
GUAIATUSS AC SYP 100-10/5	GUAIFENESIN-CODEINE SOLN 100-10 MG/ 5ML	2	X	X		
HYD POL/CPM SUS 10-8/5ML	HYDROCOD POLST-CHLORPHEN POLST ER SUSP 10-8 MG/5ML	3	X	X		
HYDROC/HOMAT TAB 5-1.5MG	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROMIDE TAB 5-1.5 MG	2	X	X		
HYDROCOD/HOM SYP 5-1.5/5	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROM SOLN 5-1.5 MG/5ML	2	X	X		
HYDROMET SYP 5-1.5/5	HYDROCODONE BITART-HOMATROPINE METHYLBROM SOLN 5-1.5 MG/5ML	2	X	X		
HYPERSAL NEB 3.5%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3.5%	3				
HYPERSAL NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	3				
INCRUSE ELPTINH 62.5MCG	UMECLIDINIUM BR AERO POWD BREATH ACT 62.5 MCG/ ACT (BASE EQ)	3		X		
IPRATROPIUM SOL 0.02%INH	IPRATROPIUM BROMIDE INHAL SOLN 0.02%	2				
IPRATROPIUM SPR 0.03%	IPRATROPIUM BROMIDE NASAL SOLN 0.03% (21 MCG / SPRAY)	2				
IPRATROPIUM SPR 0.06%	IPRATROPIUM BROMIDE NASAL SOLN 0.06% (42 MCG/SPRAY)	2				
IPRATROPIUM/ SOL ALBUTER	IPRATROPIUM-ALBUTEROL NEBU SOLN 0.5-2.5(3) MG/3ML	2				
LEVALBUTEROL NEB 0.31MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 0.31 MG/ 3ML (BASE EQUIV)	3		X		
LEVALBUTEROL NEB 0.63MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 0.63 MG/ 3ML (BASE EQUIV)	3		X		
LEVALBUTEROL NEB 1.25/0.5	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU CONC 1.25 MG / 0.5ML (BASE EQUIV)	3		X		
LEVALBUTEROL NEB 1.25MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 1.25 MG/ 3ML (BASE EQUIV)	3		X		
LEVOCETI RIZI SOL 2.5/5ML	LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE SOLN 2.5 MG/5ML (0.5 MG/ ML)	3				
LEVOCETIRIZI TAB 5MG	LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE TAB 5 MG	2		X		
MOMETASONE SPR50MCG	MOMETASONE FUROATE NASAL SUSP 50 MCG /ACT	3		X		
MONTELUKAST CHW 4MG	MONTELUKAST SODIUM CHEW TAB 4 MG (BASE EQUIV)	2		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
MONTELUKAST CHW 5MG	MONTELUKAST SODIUM CHEW TAB 5 MG (BASE EQUIV)	2		X		
MONTELUKAST GRA4MG	MONTELUKAST SODIUM ORAL GRANULES PACKET4 MG (BASE EQUIV)	2		X		
MONTELUKAST TAB 10MG	MONTELUKAST SODIUM TAB 10 MG (BASE EQUIV)	2		X		
NEBUSAL NEB 3%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3%	3				
NEBUSAL NEB 6%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 6%	3				
OLOPATADINE SPR 0.6%	OLOPATADINE HCL NASAL SOLN 0.6%	3		X		
OPSUMIT TAB 10MG	MACITENTAN TAB 10 MG	4	X	X		SP
ORENITRAM TAB 0.125MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 0.125 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
ORENITRAM TAB 0.25MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 0.25 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
ORENITRAM TAB IMG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER1 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
ORENITRAM TAB 2.5MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 2.5 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
ORENITRAM TAB 5MG	TREPROSTINIL DIOLAMINE TAB ER 5 MG (BASE EQUIV)	6	X	X		SP
ORENITRAM TAB MONTH 1	TREPROSTINIL TAB ERTITR PK (MO1) 126 X0.125MG & 42 X0.25MG	6	X	X		SP
ORENITRAM TAB MONTH 2	TREPROSTINIL TAB ERTITR PK (MO2) 126 X0.125MG & 210 X0.25MG	6	X	X		SP
ORENITRAM TAB MONTH 3	TREPROSTINIL TAB ERTITR PK(MO3)126X0.125MG&42X0.25MG&84X1MG	6	X	X		SP
ORKAMBIGRA100-125	LUMACAFOR-IVACAFOR GRANULES PACKET 100-125 MG	6	X	X		SP
ORKAMBIGRA150-188	LUMACAFOR-IVACAFOR GRANULES PACKET 150-188 MG	6	X	X		SP
ORKAMBIGRA 75-94MG	LUMACAFOR-IVACAFOR GRANULES PACKET 75-94 MG	6	X	X		SP
ORKAM BI TAB 100-125	LUMACAFOR-IVACAFOR TAB 100-125 MG	6	X	X		SP
ORKAMBI TAB 200-125	LUMACAFOR-IVACAFOR TAB 200-125 MG	6	X	X		SP
PIRFENIDONE CAP 267MG	PIRFENIDONE CAP 267 MG	4	X	X		SP
PIRFENIDONE TAB 267MG	PIRFENIDONE TAB 267 MG	4	X	X		SP
PIRFENIDONE TAB 534MG	PIRFENIDONE TAB 534 MG	4	X	X		SP
PIRFENIDONE TAB 801MG	PIRFENIDONE TAB 801 MG	4	X	X		SP
PROMETH VC SYP 6.25-5/5	PROMETHAZINE & PHENYLEPHRINE SYRUP 6.25-5 MG/ 5ML	2				
PROMETH VC/ SYP CODEINE	PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE SYRUP 6.25-5-10 MG/ 5ML	2	X	X		
PROMETH/COD SOL 6.25-10	PROMETHAZINE W/ CODEINE SYRUP 6.25-10 MG/5ML	2	X	X		
PROMETH/PE SYP 6.25-5/5	PROMETHAZINE & PHENYLEPHRINE SYRUP 6.25-5 MG/ 5ML	2				
PROMETH/PE/ SYP CODEINE	PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE SYRUP 6.25-5-10 MG/ 5ML	2	X	X		

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML	PROMETHAZINE HCL ORAL SOLN 6.25 MG/ 5ML	2				
PROMETHAZINE SOL DM	PROMETHAZINE-DM SYRUP 6.25-15 MG/ 5ML	2				
PROMETHAZINE SUP 12.5MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 12.5 MG	3		X		
PROMETHAZINE SUP 25MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 25 MG	3		X		
PROMETHAZINE SYP DM	PROMETHAZINE-DM SYRUP 6.25-15 MG/ 5ML	2				
PROMETHAZINE TAB 12.5MG	PROMETHAZINE HCL TAB 12.5 MG	2				
PROMETHAZINE TAB 25MG	PROMETHAZINE HCL TAB 25 MG	2				
PROMETHAZINE TAB 50MG	PROMETHAZINE HCL TAB 50 MG	2				
PROMETHEGAN SUP 12.5MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 12.5 MG	3		X		
PROMETHEGAN SUP 25MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 25 MG	3		X		
PROMETHEGAN SUP 50MG	PROMETHAZINE HCL SUPPOS 50 MG	3		X		
PULMOSAL NEB 77°	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 77°	3				
PULMOZYME SOL 1MG/ML	DORNASE ALFA IN HAL SOLN 2.5 MG / 2.5ML	6	X	X		SP
QVAR REDIIHA AER 80MCG	BECLOMETHASONE DIPROP HFA BREATH ACT INH AER80 MCG/ACT	3		X		
QVAR REDIIHAL AER40MCG	BECLOMETHASONE DIPROP HFA BREATH ACT INH AER40 MCG/ACT	3		X		
ROFLUMILAST TAB 250MCG	ROFLUMILAST TAB 250 MCG	3	X	X		
ROFLUMILAST TAB 500MCG	ROFLUMILAST TAB 500 MCG	3	X	X		
SILDENAFIL SUS 10MG/ML	SILDENAFIL CITRATE FOR SUSPENSION 10 MG/ML	6	X	X		SP
SILDENAFIL TAB 20MG	SILDENAFIL CITRATE TAB 20 MG	4	X	X		SP
SOD CHLORIDE NEB 0.9%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 0.9%	2				
SODIUM CHLOR NEB 10%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 10%	2				
SODIUM CHLOR NEB 3%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 3%	2				
SODIUM CHLOR NEB 7%	SODIUM CHLORIDE SOLN NEBU 7%	2				
SPIRIVA AER 1.25MCG	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE INHAL AEROSOL 1.25 MCG/ ACT	3		X		
SPIRIVA CAP HAN DIH LR	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE INHAL CAP 18 MCG (BASE EQUIV)	3		X		
SPIRIVA SPR2.5MCG	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE INHAL AEROSOL 2.5 MCG/ ACT	3		X		
STIOLTO AER 2.5-2.5	TIOTROPIUM BR-OLODATEROL INHAL AERO SOLN 2.5-2.5 MCG/ACT	3		X		
STRIVE RDI AER 2.5MCG	OLODATEROL HCL INHAL AEROSOL SOLN 2.5 MCG/ ACT (BASE EQUIV)	3		X		
SYMJEPI INJ 0.15MG	EPINEPHRINE SOLN PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML (1:2000)	1		X		
SYMJEPI INJ 0.3MG	EPINEPHRINE SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.3 MG/ 0.3ML (1:1000)	1		X		
TADALAFIL TAB 20MG	TADALAFIL TAB 20 MG (PAH)	4	X	X		SP
TERBUTALINE TAB 2.5MG	TERBUTALINE SULFATE TAB 2.5 MG	3				
TERBUTALINE TAB 5MG	TERBUTALINE SULFATE TAB 5 MG	3				
THEO-24 CAP 100MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER24HR100 MG	5				
THEO-24 CAP 200MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER24HR200 MG	5				
THEO-24 CAP 300MG CR	THEOPHYLLINE CAP ER24HR300 MG	5				

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.



Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
THEO-24 CAP 400MG ER	THEOPHYLLINE CAP ER24HR400 MG	5				
THEOPHYLLINE SOL 80/15ML	THEOPHYLLINE SOLN 80 MG/ 15ML	3				
THEOPHYLLINE TAB 100MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 12HR100 MG	2				
THEOPHYLLINE TAB 200MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER 12HR 200 MG	2				
THEOPHYLLINE TAB 300MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER12HR300 MG	2				
THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER24HR400 MG	2				
THEOPHYLLINE TAB 450MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER12HR450 MG	2				
THEOPHYLLINE TAB 600MG ER	THEOPHYLLINE TAB ER24HR600 MG	2				
TIOTROP BROM CAP 18MCG	TIOTROPIUM BROMIDE MONOHYDRATE INHAL CAP 18 MCG (BASE EQUIV)	3		X		
TOBRAMYCIN NEB300/5ML (generic)	TOBRAMYCIN NEBU SOLN 300 MG/ 5ML	6	X	X		SP
TRELEGY AER 100MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUM-VILANTEROL AEPB 100-62.5-25 MCG / ACT	3		X		
TRELEGY AER 200MCG	FLUTICASONE-UMECLIDINIUM-VILANTEROL AEPB 200-62.5-25 MCG / ACT	3		X		
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	CODEINE PHOS-CHLORPHENIRAMINE MALEATE TAB ER 12HR 54.3-8 MG	5	X	X		
TUZISTRA XR SUS	CODEINE POLIST-CHLORPHEN POLIST ER SUSP 14.7-2.8 MG/5ML	5	X	X		
TYVASO SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML	4	X	X		SP
TYVASO DPI POW16-32-48	TREPROSTINIL INH POWD112 X16MCG & 112 X 32MCG & 28 X 48MCG	4	X	X		SP
TYVASO DPI POW 16-32MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 112 X16MCG & 84X32MCG	4	X	X		SP
TYVASO DPI POW 16MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 16 MCG/ CARTRIDGE	4	X	X		SP
TYVASO DPI POW 32-48MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 112 X32MCG & 112 X 48 MCG	4	X	X		SP
TYVASO DPI POW32MCG	TREPROSTINIL INH POWDER32 MCG/ CARTRIDGE	4	X	X		SP
TYVASO DPI POW 48MCG	TREPROSTINIL INH POWDER48 MCG/ CARTRIDGE	4	X	X		SP
TYVASO DPI POW 64MCG	TREPROSTINIL INH POWDER 64 MCG/ CARTRIDGE	4	X	X		SP
TYVASO REFIL SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML	4	X	X		SP
TYVASO START SOL 0.6MG/ML	TREPROSTINIL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML	4	X	X		SP
VENTAVIS SOL 10MCG/ML	ILOPROSTINHALATION SOLUTION 10 MCG/ ML	6	X	X		SP
VENTAVIS SOL 20MCG/ML	ILOPROSTINHALATION SOLUTION 20 MCG/ ML	6	X	X		SP
VENTOLIN HFAAER	ALBUTEROL SULFATE INHAL AERO 108 MCG/ ACT (90MCG BASE EQUIV)	1				
WIXELA INHUB AER100/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 100-50 MCG/ACT	3		X		
WIXELA INHUB AER 250/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 250-50 MCG/ACT	3		X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
WIXELA INHUB AER 500/50	FLUTICASONE-SALMETEROL AER POWDER BA 500-50 MCG/ACT	3		X		
XOLAIR INJ 150MG/ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTOINJECTOR 150 MG/ML	4	X	X	SP	
XOLAIR INJ 150MG/ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 150 MG/ ML	4	X	X	SP	
XOLAIR INJ 300/2ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTOINJECTOR 300 MG/2ML	4	X	X	SP	
XOLAIR INJ 300/2ML	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML	4	X	X	SP	
XOLAIR INJ 75/0.5	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN AUTOINJECTOR 75 MG / 0.5ML	4	X	X	SP	
XOLAIR INJ 75/0.5	OMALIZUMAB SUBCUTANEOUS SOLN PREFILLED SYRINGE 75 MG/ 0.5ML	4	X	X	SP	
ZAFIRLUKAST TAB 10MG	ZAFIRLUKAST TAB 10 MG	3		X		
ZAFIRLUKAST TAB 20MG	ZAFIRLUKAST TAB 20 MG	3		X		
ZILEUTON ER TAB 600MG	ZILEUTON TAB ER 12HR 600 MG	3			X	
<b>Relajantes de músculos esqueléticos</b>						
BACLOFEN TAB 10MG	BACLOFEN TAB 10 MG	2				
BACLOFEN TAB 20MG	BACLOFEN TAB 20 MG	2				
BACLOFEN TAB 5MG	BACLOFEN TAB 5 MG	2				
CARISOPRODOL TAB 350MG	CARISOPRODOL TAB 350 MG	2		X		
CHLORZOAZON TAB 500MG	CHLORZOAZONE TAB 500 MG	3				
CYCLOBENZAPR TAB 10MG	CYCLOBENZAPRINE HOL TAB 10 MG	2				
CYCLOBENZAPR TAB 5MG	CYCLOBENZAPRINE HCL TAB 5 MG	2				
CYCLOBENZAPR TAB 7.5MG	CYCLOBENZAPRINE HCL TAB 7.5 MG	2				
DANTROLENE CAP 100MG	DANTROLENE SODIUM CAP 100 MG	3				
DANTROLENE CAP 25MG	DANTROLENE SODIUM CAP 25 MG	3				
DANTROLENE CAP 50MG	DANTROLENE SODIUM CAP 50 MG	3				
METAXALONE TAB 400MG	METAXALONE TAB 400 MG	3				
METAXALONE TAB 800MG	METAXALONE TAB 800 MG	3				
METHOCARBAM TAB 500MG	METHOCARBAMOL TAB 500 MG	2				
METHOCARBAM TAB 750MG	METHOCARBAMOL TAB 750 MG	2				
ORPHENADRINE TAB 100MG ER	ORPHENADRINE CITRATE TAB ER12HR100 MG	2				
TIZANIDINE CAP 2MG	TIZANIDINE HCL CAP 2 MG (BASE EQUIVALENT)	3				
TIZANIDINE CAP 4MG	TIZANIDINE HCL CAP 4 MG (BASE EQUIVALENT)	3				
TIZANIDINE CAP 6MG	TIZANIDINE HCL CAP 6 MG (BASE EQUIVALENT)	3				
TIZANIDINE TAB 2MG	TIZANIDINE HCL TAB 2 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
TIZANIDINE TAB 4MG	TIZANIDINE HCL TAB 4 MG (BASE EQUIVALENT)	2				
<b>Agentes para trastornos del sueño</b>						
ARMODAFINIL TAB 150MG	ARMODAFINIL TAB 150 MG	1	X	X		
ARMODAFINIL TAB 200MG	ARMODAFINIL TAB 200 MG	1	X	X		

CLAVE: **BH\*** .....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME** .....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA** ..... Se requiere preautorización

**PRV-A** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\*** .....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL** ..... Límite de cantidad

**SP** .....Medicamento de especialidad

**ST** .....Terapia escalonada

**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.

Nombre del medicamento	Nombre genérico	Nivel	Preautorización	Límite de cantidad	Terapia escalonada	Notes
ARMODAFINIL TAB 250MG	ARMODAFINIL TAB 250 MG	1	X	X		
ARMODAFINIL TAB 50MG	ARMODAFINIL TAB 50 MG	1	X	X		
BELSOMRA TAB 10MG	SUVOREXANT TAB 10 MG	5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 15MG	SUVOREXANT TAB 15 MG	5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 20MG	SUVOREXANT TAB 20 MG	5		X	X	BH*
BELSOMRA TAB 5MG	SUVOREXANT TAB 5 MG	5		X	X	BH*
DOXEPIN TAB 3MG	DOXEPIN HCL (SLEEP) TAB 3 MG (BASE EQUIV)	2		X		BH*
DOXEPIN TAB 6MG	DOXEPIN HCL (SLEEP) TAB 6 MG (BASE EQUIV)	2		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 1MG	ESZOPICLONE TAB 1 MG	2		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 2MG	ESZOPICLONE TAB 2 MG	2		X		BH*
ESZOPICLONE TAB 3MG	ESZOPICLONE TAB 3 MG	2		X		BH*
FLURAZEPAM CAP 15MG	FLURAZEPAM HCL CAP 15 MG	2		X		BH*
FLURAZEPAM CAP30MG	FLURAZEPAM HCL CAP 30 MG	2		X		BH*
MODAFINIL TAB 100MG	MODAFINIL TAB 100 MG	1	X	X		
MODAFINIL TAB 200MG	MODAFINIL TAB 200 MG	1	X	X		
RAMELTEON TAB 8MG	RAMELTEON TAB 8 MG	3		X	X	BH*
SUNOSI TAB 150MG	SOLRIAMFETOL HCL TAB 150 MG (BASE EQUIV)	1	X	X		
SUNOSI TAB 75MG	SOLRIAMFETOL HCL TAB 75 MG (BASE EQUIV)	1	X	X		
TASIMELTEON CAP 20MG	TASIMELTEON CAPSULE 20 MG	6	X	X		SP, BH*
TEMAZEPAM CAP 15MG	TEMAZEPAM CAP 15 MG	2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP 22.5MG	TEMAZEPAM CAP 22.5 MG	2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP30MG	TEMAZEPAM CAP 30 MG	2		X		BH*
TEMAZEPAM CAP 75MG	TEMAZEPAM CAP 75 MG	2		X		BH*
ZALEPLON CAP 10MG	ZALEPLON CAP 10 MG	2		X		BH*
ZALEPLON CAP 5MG	ZALEPLON CAP 5 MG	2		X		BH*
ZOLPIDEM TAB 10MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB 10 MG	2		X		BH*
ZOLPIDEM TAB 5MG	ZOLPIDEM TARTRATE TAB 5 MG	2		X		BH*

CLAVE: **BH\***.....Salud del comportamiento: medicamentos a su disposición sin costo para usted cuando se recetan para tratar una condición de salud del comportamiento.

**MME**.....Equivalente a miligramos de morfina y límite de 7 días si no ha surtido una receta de opiáceo recientemente

**PA**..... Se requiere preautorización

**PRV-A**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted si está dentro de un rango de edad determinado

**PRV-M**.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted a través de su farmacia o mediante su beneficio médico

**PRV\***.....Medicamentos preventivos a su disposición sin costo para usted únicamente cuando se cumplen ciertos requisitos

**QL**..... Límite de cantidad

**SP**.....Medicamento de especialidad

**ST**.....Terapia escalonada

**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.

# 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](https://uhcprovider.com/content/dam/provider/docs/public/resources/pharmacy/IFP-Clinical-Program-Summary-Drug-List.pdf).

Nombre del medicamento	Nombre genérico	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	Adakveo	Crizanlizumab-tmca, 5 mg
Abelcet	amphotericin B lipid complex, 10 mg	Adasuve	Loxapine for inhalation, 1 mg
Abilify Asimtufii	aripiprazole (Abilify Asimtufii), 1 mg	Adcetris	Brentuximab vedotin, 1 mg
Abilify Maintena	aripiprazole (abilify maintena), 1 mg	adenosine injection	Adenosine, 1 mg (not to be used to report any adenosine phosphate compounds)
Abraxane	Paclitaxal protein-bound particles, 1 mg	Adrucil	Fluorouracil, 500 mg
Abrysvo	Respiratory syncytial virus vaccine, preF, subunit, bivalent, for intramuscular use	Adstiladrin	Nadofaragene firadenovec-vncg, per therapeutic dose
albuterol nebulizer solution	Albuterol, inhalation solution, compounded product, administered through DME, unit dose, 1 mg	Aduhelm	Aducanumab-avwa, 2 mg
albuterol nebulizer solution	Albuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, concentrated form, 1 mg	Advate	Recombinant) per IU, not otherwise specified
albuterol nebulizer solution	Albuterol, inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, unit dose, 1 mg	Adynovate	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), PEGylated, 1 IU
acetaminophen, generic (Hikma)	acetaminophen (Hikma)	Adzynma	ADAMTS13, recombinant-krhn, 10 IU
acetazolamide injection	Acetazolamide sodium, up to 500 mg	Afluria Quad	Quadrivalent (HV4), split virus, preservative free, 0.25 ml, for intramuscular use
acetylcysteine for inhalation	Acetylcysteine	Afstyla	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), (Afstyla), 1 IU
acetylcysteine injection	Acetylcysteine	Aggrastat	Tirofiban HCl, 0.25 mg
Actemra	Tocilizumab	Akynzeo injection	Fosnetupitant 235 mg and palonosetron 0.25 mg
ActHIB	Haemophilus influenzae b vaccine (Hib)	albuterol-ipratropium nebulizer solution	Up to 2.5 mg and ipratropium bromide, up to 0.5 mg, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME
Acthrel	Corticotrelin ovine triflutate, 1 mcg	Aldurazyme	Laronidase, 0.1 mg
Actimmune	Interferon, gamma 1-b, 3 million units	alfentanil	Alfentanil HCl, 500 mcg
acyclovir injection	Acyclovir, 5 mg	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
		AlphaNineSD	Purified, nonrecombinant) per IU

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Alprolix	Factor IX, Fc fusion protein, (recombinant), Alprolix, 1 IU
alprostadiil	Alprostadiil, 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)
Altuviio	Factor VIII/von Willebrand factor complex, recombinant (Altuviio), per Factor VIII IU
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, upto 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 FactorXa (recombinant), inactivated-zhzo (Andexxa), 10 mg
Anectine	Succinylcholine chloride, up to 20 mg
Anjeso	Meloxicam, 1 mg
Annovera	0.013 mg per 24 hours; yearly vaginal system, ea
Antiemetic drug rectal/suppository	Rectal/suppository, not otherwise specified
Aphexda	Motifaxfortide, 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)

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Aranesp (for non-ESRD)	Darbepoetin alfa, 1 mcg (non-ESRD use)
Arexvy	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	Administered through an inhaler, 5 mg
Aristada	Aripiprazole lauroxil, (Aristada), 1 mg
Aristada Initio	Aripiprazole lauroxil, (Aristada Initio), 1 mg
Antes un ate	Artesunate, 1 mg
Arzerra	Ofatumumab, 10 mg
Asceniv	Immune globulin (Asceniv), 500 mg
Asparlas	Calaspargase pegol-mknl, 10 units
ATGAM	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
Aza eta m	Aztreonam, 100 mg
Azathioprine (IV)	Parenteral, 100 mg
azithromycin injection	Azithromycin, 500 mg
BAL in Oil	Dimercaprol, per 100 mg
Balfaxar	Prothrombin complex concentrate, human-lans, per lid of Factor IX activity
Barhemsys	Amisulpride, 1 mg
Bavencio	Avelumab, 10 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
BCG Vaccine	Bacillus Calmette-Guerin vaccine (BCG) for tuberculosis, live, for percutaneous use
Bebulin	Factor IX complex, per lid
Beleodaq	Belinostat, 10 mg
Belrapzo	Bendamustine HCl, (Belrapzo/bendamustine), 1 mg
Bendamustine (Apotex)	Bendamustine HCl (Apotex), 1 mg
bendamustine (Baxter)	Bendamustine HCl (Baxter), 1 mg
bendamustine, generic (Vivimusta)	Bendamustine HCl (Vivimusta), 1 mg
Bendeka	Bendamustine HCl (Bendeka), 1 mg
Ben efix	Factor IX (antihemophilic factor, recombinant) per IU, not otherwise specified
Benlysta	Belimumab, 10 mg
Beovu	Brolucizumab-dbl, 1 mg
Berinert	Cl 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	Serogroup B (MenB-4C), 2 dose schedule, for intramuscular use
Beyfortus	Monoclonal antibody, seasonal dose; 0.5 ml dosage, for intramuscular use
Beyfortus	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	For subcutaneous or intramuscular use
Bivalirudin	Bivalirudin, 1 mg
Bivigam	Immune globulin (Bivigam), 500 mg
Blenrep	Belantamab mafodotin-blmf, 0.5 mg
Bleomycin	Bleomycin sulfate, 15 units
Blinicyto	Blinatumomab, 1 mcg
Boniva	Ibandronate sodium, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Boostrix	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 09041, 0.1 mg
bortezomib, generic (MAIA)	Bortezomib (MAIA), not therapeutically equivalent to 09041, 0.1 mg
Botox	OnabotulinumtoxinA, 1 unit
Breyanzi	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-xiiv, 1 mg
Brixadi	Buprenorphine extended-release (Brixadi), less than or equal to 7 days of therapy
Brixadi	Buprenorphine extended-release (Brixadi), greater than 7 days and up to 28 days of therapy
bumetanide Injection	Bumetanide, 0.5 mg
bupivacaine injection	Bupivacaine, not otherwise specified, 0.5 mg
buprenorphine HCl	Buprenorphine HCl, 0.1 mg
Busulfan	Busulfan, 1 mg
Butorphanol injection	Butorphanol tartrate, 1 mg
Byfavo	Remimazolam, 1 mg
Byooviz	Ranibizumab-nuna, biosimilar, (Byooviz), 0.1 mg
cabazitaxel, generic (Sandoz)	Cabazitaxel (Sandoz), not therapeutically equivalent to 09043, 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



Nombre del medicamento	Nombre genérico
Caldolor	Ibuprofen, 100 mg
Camcevi	Camcevi, 1 mg
Cancidas	Caspofungin acetate, 5 mg
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	Up to 100 million autologous B-cell maturation antigen (BCMA) directed CAR-positive T cells, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose
Cathf Io Activase	Alteplase recombinant, 1 mg
cefazolin injection	Cefazolin sodium, 500 mg
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 00690,500 mg
cefazolin, generic (Hikma)	Cefazolin sodium (Hikma), not therapeutically equivalent to 00690,500 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
Ceprotrin injection	Protein C concentrate, intravenous, human, 10IU
Cerebyx	Fosphenytoin, 50 mg phenytoin equivalent
Cerezyme	Imiglucerase, 10 units
Chirhostim	Secretin, synthetic, human, 1 mcg
chloramphenicol injection	Chloramphenicol sodium succinate, upto 1g
chloroprocaine	Chloroprocaine HCl, per 1 mg
Chlorotekal	Chloroprocaine HCl (Clorotekal), per mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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	Cl 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 00736,300 mg
Clolar	Clofarabine, 1 mg
Clonidine injection	Clonidine HCl, 1 mg
Coagadex	Factor X, (human), 1IU
Cogentin	Benzotropine mesylate, per 1 mg
colistimethate injection	Colistimethate sodium, up to 150 mg
Columvi	Glofitamab-gxbl, 2.5 mg
Comirnaty COVID-19 vaccine	MRNALNP, spike protein, 30 mcg/0.3 mL dosage, tris-sucrose formulation, for intramuscular use
Corifact	Factor XIII (antihemophilic factor, human), 1IU
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), upto 1g
Cromolyn	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

Nombre del medicamento	Nombre genérico
cyclophosphamide, generic (Sandoz)	Cyclophosphamide (Sandoz), 5 mg
cyclophosphamide	Cyclophosphamide, not otherwise specified, 5 mg
cyclophosphamide, generic (AuroMedics)	Cyclophosphamide, (AuroMedics), 5 mg
cyclophosphamide, generic (Dr. Reddy's)	Cyclophosphamide, (Dr. Reddy's), 5 mg
cyclophosphamide, generic (Ingenus)	Cyclophosphamide (Ingenus), 5 mg
Cyramza	Ramucirumab, 5 mg
cytarabine	Cytarabine, 100 mg
Cytogam	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
Da Iva nee	Dalbavancin, 5 mg
Danyelza	Naxitamab-gqqgk, 1 mg
Daptacel	Tetanus toxoids, and acellular pertussis vaccine (DTaP), when administered to individuals younger than seven years, for intramuscular use
daptomycin, generic (Baxter)	Daptomycin (Baxter), not therapeutically equivalent to J0878,1 mg
daptomycin, generic (Hospira)	Daptomycin (Hospira), not therapeutically equivalent to J0878,1 mg
daptomycin, generic (Xellia)	Daptomycin (xellia),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	For intramuscular use
delestrogen injection	Estradiol valerate, up to 10 mg
Demerol	Meperidine HCl, per 100 mg
De po-Estradiol	Depo-estradiol cypionate, up to 5 mg
Depo-Medrol	Methylprednisolone acetate, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Depo-Provera	Medroxyprogesterone acetate, 1 mg
De po-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	Lacrimonal 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	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
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 09171, 1 mg
dopamine injection	Dopamine HCl, 40 mg
Doxil	Doxorubicin HCl, liposomal, not otherwise specified, 10 mg
doxorubicin Hydrochloride	Doxorubicin HCl, 10 mg
droperidol injection	Droperidol, up to 5 mg
Duopa	Carbidopa 5 mg/levodopa 20 mg enteral suspension
Durolane	Durolane, for intra-articular injection, 1 mg
Durysta	Bimatoprost, intracameral implant, 1 mcg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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 a If a, 10 units
Elevidys	Delandistrogene moxeparvovec-rokl, per therapeutic dose
Elfabrio	Pegunigalsidase alfa-iwxj, 1 mg
Elitek	Rasburicase, 0.5 mg
Elliott's B Solution	Elliott's B solution, 1 ml
Eloctate	Factor VIH Fc fusion protein (recombinant), per 10
Eloxatin	Oxaliplatin, 0.5 mg
Elrexio	Elranatamab-bcmm, 1 mg
Eluryng	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	Pediatric/adolescent dosage, 3 dose schedule, for intramuscular use
Engerix-B	Adult dosage, 3 dose schedule, for intramuscular use
Engerix-B	Dialysis or immunosuppressed patient dosage, 4 dose schedule, for intramuscular use
Enhertu	Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki, 1 mg
Enjaymo	Sutimlimab-jome, 10 mg
Entyvio	Vedolizumab, 1 mg
EnvarsusXR	Extended release, (EnvarsusXR), oral, 0.25 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 09305, 10 mg
Epogen, Procrit (for ESRD on dialysis)	Epoetin alfa, 100 units (for ESRD on dialysis)

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Epogen/Procrit	Epoetin alfa, (for non-ESRD use), 1000 units
epoprostenol injection	Epoprostenol, 0.5 mg
eptifibatide injection	Eptifibatide, 5 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 01805, 10 mg
Es peroct	Factor VIII, antihemophilic factor (recombinant), (Esperoct), glycopegylated-exei, per III
Ethamolin	Ethanolamine oleate, 100 mg
Ethyol	Amifostine, 500 mg
etoposide	Etoposide, 10 mg
Euflexxa	Euflexxa, for intra-articular injection, per dose
Evenity	Romosozumab-aqqg, 1 mg
Evkeeza	Evinacumab-dgnb, 5 mg
Evomela	Melphalan (Evomela), 1 mg
Exondys 51	Eteplirsén, 10 mg
Eylea	Aflibercept, 1 mg
Eylea HD	Aflibercept HD, 1 mg
Fabrazyme	Agalsidase beta, 1 mg
Fasenra	Benralizumab, 1 mg
Faslodex	Fulvestrant, 25 mg
Faslodex, generic (Fresenius Kabi)	Fulvestrant (Fresenius Kabi) not therapeutically equivalent to 09395, 25 mg
Faslodex, generic (Teva)	Fulvestrant (Teva) not therapeutically equivalent to 09395, 25 mg
Feiba NF	Antiinhibitor, perIII
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 injection, 12.5 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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	Inactivated (IIV), subunit, adjuvanted, for intramuscular use
Fluad Quad	Quadrivalent (aIIV4), inactivated, adjuvanted, preservative free, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Fluarix Quadrivalent	Quadrivalent (HV4), split virus, preservative free, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Flublok Quad	Quadrivalent (RIV4), derived from recombinant DNA, hemagglutinin (HA) protein only, preservative and antibiotic free, for intramuscular use
Flucelvax	Quadrivalent (ccIIV4), derived from cell cultures, subunit, preservative and antibiotic free, 0.5 mL dosage, for intramuscular use
Flucelvax Quad	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	Quadrivalent, live (LAIV4), for intranasal use
fluphenazine decanoate injection	Fluphenazine decanoate, up to 25 mg
fluphenazine Injection	Fluphenazine HCl, 1.25 mg
Fluzone High-Dose	Split virus, preservative free, enhanced immunogenicity via increased antigen content, for intramuscular use
Fluzone Quad	Quadrivalent (HV4), split virus, 0.25 mL dosage, for intramuscular use
Fluzone Quad	Quadrivalent (HV4), 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
furosemide injection	Furosemide, up to 20 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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 lcc	Gamma globulin, intramuscular, 1 cc
Gamifant	Emapalumab-lzsg, 1 mg
Gammagard	Immune globulin, intravenous, lyophilized (e.g., powder), not otherwise specified, 500 mg
Gammagard Liquid	Immune globulin, (Gammagard liquid), nonlyophilized, (e.g., liquid), 500 mg
Gammaplex	Immune globulin, (Gammaplex), intravenous, nonlyophilized (e.g., liquid), 500 mg
Gamunex-C, Gammaked	Immune globulin, (Gamunex/
Gamunex-C/ Gammaked), nonlyophilized (e.g., liquid), 500 mg	
Ganciclovir injection	Ganciclovir sodium, 500 mg
ganciclovir, generic (Exela)	Ganciclovir sodium (Exela) not therapeutically equivalent to J1570, 500 mg
Gardasil 9	Human Papillomavirus vaccine types 6,11,16,18,31,33,45,52,58, nonavalent (9vHPV), 2 or 3 dose schedule, for intramuscular use
Gazyva	Obinutuzumab, 10 mg
Gel-One	Hyaluronan or derivative, Gel-One, for intra-articular injection, per dose
Gelsyn-3	Hyaluronan or derivative, GELSYN-3, for intra-articular injection, 0.1 mg
gemcitabine	Gemcitabine HCl, not otherwise specified, 200 mg
gemcitabine, generic (Accord)	Gemcitabine hydrochloride (Accord), not therapeutically equivalent to 09201,200 mg
gentamicin injection	Garamycin, gentamicin, up to 80 mg
Genvisc 850	GenVisc 850, for intra-articular injection, 1 mg
Geodon injection	Ziprasidone mesylate, 10 mg
Givlaari	Givosiran, 0.5 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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 dezaparovec-drlb, per therapeutic dose
Hemlibra	Emicizumab-kxwh, 0.5 mg
Hemofil M	Human) perill
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
Hepilisav-B	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
Herzuma	Trastuzumab-pkrb, biosimilar, (Herzuma), 10 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Hexatrione	Triamcinolone hexacetonide, per 5 mg
Hizentra	Immune globulin (Hizentra), 100 mg
Humate-P	Von Willebrand factor complex (Humate-P), perIU VWF:RCO
Hyalgan, Supartz, Visco-3	Hyalgan, Supartz or Visco-3, for intra-articular injection, per dose
Hycamtin	Topotecan, 0.1 mg
hydralazine HCL	Hydralazine HCl, up to 20 mg
hydromorphone injection	Hydromorphone, up to 4 mg
hydroxocobalamin	Hydroxocobalamin, IV, 25 mg
hydroxocobalamin	Hydroxocobalamin, 10 mcg
hydroxyzine HCL	Hydroxyzine HCl, up to 25 mg
Hylenex	Hyaluronidase, recombinant, 1USP unit
Hymovis	Hymovis, for intra-articular injection, 1 mg
Hyperhep B or Nabi-HB	Human, for intramuscular use
HyperRAB	Human, for intramuscular and/or subcutaneous use
HyperRho S/D	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 (1500IU)
HyperTET	Tetanus immune globulin (Tig), human, for intramuscular use
HyperTETS/D	Tetanus immune globulin, human, upto 250 units
hypertonic saline	Hypertonic saline solution, 1 ml
HyQvia	Immune globulin/hyaluronidase, 100 mg immunoglobulin
idarubicin	Idarubicin HCl, 5 mg
Idelvion	Factor IX, albumin fusion protein, (recombinant), Idelvion, 1 IU
iDose TR	Travoprost, intracameral implant, 1 mcg
ifosfamide	Ifosfamide, lg
Igalmi	Dexmedetomidine, oral, 1 mcg
Iheezo	Chloroprocaine HCl ophthalmic, 3% gel, 1 mg
Ilaris	Canakinumab, 1 mg
Ilumya	Tildrakizumab, 1 mg
Iluvien	Fluocinolone acetonide, intravitreal implant (Iluvien), 0.01 mg



Nombre del medicamento	Nombre genérico
Imfinzi	Durvalumab, 10 mg
Imjudo	Tremelimumab-actl, 1 mg
Imlygic	Talimogene laherparepvec, per million plaque forming units
Immphentiv (Immphentiv), 20 mcg	Phenylephrine hydrochloride
Immune globulin (Ig)	Immune globulin (Ig), human, for intramuscular use
Immune globulin (Igiv)	Immune globulin (IgIV), human, for intravenous use
Immune globulin (sag)	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 carboxy maltose, 1 mg
Invanz	Ertapenem sodium, 500 mg
In veg a Hafyera/ In veg a Tri nza	Paliperidone palmitate extended release (Invega Hafyera or Invega Tri nza), 1 mg
Invega Sustenna	Paliperidone palmitate extended release, 1 mg
IPOL	Inactivated, (IPV), for subcutaneous or intramuscular use
ipratropium nebulizer solution	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
Jesdvroq	Oral, 1 mg, (for ESRD on dialysis)
Jevtana	Cabazitaxel, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Jivi	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), PEGylated-aucI, (Jivi), 1 IU
Jynneos	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 a If a, 1 mg
Kcentra	Kcentra, per IU of Factor IX activity
Kedrab	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	Tetanus toxoids, acellular pertussis vaccine and inactivated poliovirus vaccine, (DTaP-IPV), when administered to children 4 years through 6 years of age, for intramuscular
Korsuva	Difelikefalin, 0.1 mcg, (for ESRD on dialysis)
Kovaltry	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), (Kovaltry), 1IU
Krystexxa	Pegloticase, 1 mg
Kybella	Deoxycholic acid, 1 mg
Kyleena	Levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system, (Kyleena), 19.5 mg
Kymriah	Tisagenlecleucel, upto 600 million GARA-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



Nombre del medicamento	Nombre genérico
lactated ringers infusion	Ringers lactate infusion, up to 1,000 cc
Lamzede	Velmanase alfa-tycv, 1 mg
Ianreotide (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 injection, generic (Fresenius kadi)	Levothyroxine sodium (Fresenius kadi) not therapeutically equivalent to 00650,10 mcg
levothyroxine injection, generic (Hikma)	Levothyroxine sodium (Hikma) not therapeutically equivalent to 00650,10 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 injection	Lidocaine HCl for intravenous infusion, 10 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 02020,200 mg
LMD in D5W infusion	Dextran 40,500 ml
Loqtorzi	Toripalimab-tpzi, 1 mg
lorazepam injection	Lorazepam, 2 mg
Lucentis	Ranibizumab, 0.1 mg
Lumizyme	Alglucosidase a If a, (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

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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
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
melphalan flufenamide	Melphalan flufenamide, 1 mg
Melphalan HCL	Melphalan HCl, not otherwise specified, 50 mg
melphalan, generic (Apotex)	Melphalan (Apotex), 1 mg
Menactra	Serogroups A, C, W, Y, quadrivalent, diphtheria toxoid carrier (MenACWY-D) or CRM197 carrier (MenACWY-CRM), for intramuscular use
MenQuadfi	Serogroups A, C, W, Y, quadrivalent, tetanus toxoid carrier (MenACWY-TT), for intramuscular use
Mepsevii	Vestronidase alfa-vjbc, 1 mg
meropenem	Meropenem, 100 mg
meropenem, generic (B. Braun)	Meropenem (B. Braun) not therapeutically equivalent to 02185, 100 mg
Mesna	Mesna, 200 mg
Methadone	Methadone HCl, upto 10 mg (injection)/ methadone con 10mg/ml (solution)
methotrexate	Methotrexate sodium, 50 mg
methotrexate, generic (Accord)	Methotrexate (Accord), not therapeutically equivalent to 09250 and 09260,50 mg
methylergonovine maleate	Methylergonovine maleate, up to 0.2 mg
metoclopramide injection	Metoclopramide HCl, up to 10 mg
metronidazole injection	Metronidazole, 10 mg
miconazole injection	Miconazole sodium, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
miconazole, generic (Baxter)	Miconazole in sodium (baxter), not therapeutically equivalent to J2248, 1 mg
miconazole, generic (Par pharmaceutical)	Miconazole 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	Ophthalmic, 0.2 mg
mitoxantrone	Mitoxantrone HCl, per 5 mg
Moderna COVID-19 vaccine	MRNALNP, 25 mcg/0.25 mL dosage, for intramuscular use
Moderna COVID-19 vaccine	MRNALNP, 50 mcg/0.5 mL dosage, for intramuscular use
Monjuvi	Tafasitamab-cxix, 2 mg
Monoferric	Ferric derisomaltose, 10 mg
Monovisc	Monovisc, for intra-articular injection, 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 02280, 100 mg
Mozobil	Plerixafor, 1 mg
Muse	Alprostadil
Mvasi	Bevacizumab-awwb, biosimilar, (Mvasi), 10 mg
Mycophenolate (IV)	Immunosuppressive drug, not otherwise classified

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Mycophenolate Mofetil	Mycophenolate mofetil, 10 mg
Mylotarg	Gemtuzumab ozogamicin, 0.1 mg
Myobloc	RimabotulinumtoxinB, 100 units
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	Including implant and supplies
Nexterone	Amiodarone HCl (Nexterone), 30 mg
Nexviazyme	Avalglucosidase alfa-ngpt, 4 mg
nicardipine Injection	Nicardipine, 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	Normal saline solution, 1,000 cc
normal saline infusion	Normal saline solution, sterile (500 ml=1 unit)
normal saline infusion	Normal saline solution, 250 cc
Novavax 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	Recombinant, (NovoSeven RT), 1 mcg
N plate	Romiplostim, 10 mcg
Nucala	Mepolizumab, 1 mg
Nulojix	Belatacept, 1 mg
Nuwiq	Factor VIII, (antihemophilic factor, recombinant), (Nuwiq), 1 IU
Nuzyra	Omadacycline, 1 mg
Nyvepria	Pegfilgrastim-ppgf (Nyvepria), biosimilar, 0.5 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Obizur	Factor VIII (antihemophilic factor, recombinant) (Obizur), per lid
Ocrevus	Ocrelizumab, 1 mg
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
Omid ria	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 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	Orthovisc, for intra-articular injection, per dose
Otiprio	Ciprofloxacin otic suspension, 6 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

Nombre del medicamento	Nombre genérico
paclitaxel proteinbound particles, generic (American Regent)	Paclitaxel protein-bound particles (American Regent) not therapeutically equivalent to 09264,1 mg
paclitaxel proteinbound particles, generic (Teva)	Paclitaxel protein-bound particles (Teva), not therapeutically equivalent to 09264,1 mg
Padcev	Enfortumab vedotin-ejfv, 0.25 mg
palonestron, generic (Avyxa)	Palonosetron hydrochloride (avyxa), not therapeutically equivalent to 02469,25 mcg
pamidronate injection	Pamidronate disodium, per 30 mg
Panhematin	Hemin, 1 mg
pantoprazole	Pantoprazole sodium, 40 mg
pantoprazole, generic (Hikma)	Pantoprazole (Hikma), not therapeutically equivalent to 02470,40 mg
Panzyga	Immune globulin (Panzyga), intravenous, non-lyophilized (e.g., liquid), 500 mg
papaverine injection	Papaverine HCl, up to 60 mg
Paragard	Copper contraceptive
Parsabiv	Etelca Icetide, 0.1 mg
Pediarx	Tetanus toxoids, acellular pertussis vaccine, hepatitis B, and inactivated poliovirus vaccine,- (DTaP-HepB-IPV) for intramuscular use
Ped mark	Sodium thiosulfate, 100 mg
PedvaxHIB	PRP-OMP conjugate, 3-dose schedule, for intramuscular use
Peg intron	Interferon, alfa-2b, recombinant, 1 million units
pemetrexed ditromethamine	Pemetrexed (Hospira) not therapeutically equivalent to 09305,10 mg
pemetrexed, generic (Accord)	Pemetrexed (Accord), not therapeutically equivalent to 09305,10 mg
pemetrexed, generic (BluePoint)	Pemetrexed (BluePoint) not therapeutically equivalent to 09305,10 mg
pemetrexed, generic (Hospira)	Pemetrexed (Hospira), not therapeutically equivalent to 09305,10 mg
pemetrexed, generic (Sandoz)	Pemetrexed (Sandoz), not therapeutically equivalent to 09305,10 mg
pemetrexed, generic (Teva)	Pemetrexed (Teva) not therapeutically equivalent to 09305,10 mg
Pemfexy	Pemetrexed (Pemfexy), 10 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Pemrydi RTU	Pemetrexed (Pemrydi RTU), 10 mg
Penbraya	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	Tetanus toxoids, acellular pertussis vaccine, Haemophilus influenzae type b, and inactivated poliovirus vaccine, (DTaP-IPV / Hib), for intramuscular use
pentamidine inhalation	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
Pfizer-BioNTech	
COVID-19 vaccine	MRNALNP, spike protein, 3 mcg/0.3 mL dosage, tris-sucrose formulation, for intramuscular use
Pfizer-BioNTech	
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
Photrex - Photrex	
Viscous	Ophthalmic solution, up to 3 ml
phytonadione injection	Phytonadione (vitamin K), per 1 mg
Pneumovax23	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	Cipaglicosidase alfa-atga, 5 mg
Portrazza	Necitumumab, 1 mg
potassium chloride injection	Potassium chloride, per 2 mEq

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Poteligeo	Mogamulizumab-kpkc, 1 mg
PreHevbrio	3-antigen (S, Pre-S1, Pre-S2), 10 mcg dosage, 3 dose schedule, for intramuscular use
Premarin injection	Estrogen conjugated, per 25 mg
Prevnar13	13 valent (PCV13), for intramuscular use
Prevnar20	20 valent (PCV20), for intramuscular use
Prialt	Ziconotide, 1 mcg
Primaxin	Cilastatin sodium; imipenem, per 250 mg
Priorix	Mumps and rubella virus vaccine (MMR), live, for subcutaneous use
Privigen	Immune globulin (Privigen), intravenous, nonlyophilized (e.g., liquid), 500 mg
Probuphine	Buprenorphine implant
procainamide injection	Procainamide HCl, up to 1 g
prochlorperazine injection	Prochlorperazine, upto 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	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	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	Inhalation solution, FDA-approved final product, non-compounded, administered through DME, unit dose form, up to 0.5 mg
Pulmicort Respules	Inhalation solution, compounded product, administered through DME, unit dose form, up to 0.5 mg
pyridoxine injection	Pyridoxine HCl, 100 mg
Qalsody	Tofersen, 1 mg
Qutenza	Capsaicin 8% patch, per sq cm

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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), 1IU
Reblozyl	Luspatercept-aamt, 0.25 mg
Rebyota	Live-jslm, 1ml
Recarbrio	Imipenem 4 mg, cilastatin 4 mg and relebactam 2 mg
Reclast	Zoledronic acid, 1 mg
Recombivax HB	Dialysis or immunosuppressed patient dosage, 3 dose schedule, for intramuscular use
Recombivax HB	Adolescent, 2 dose schedule, for intramuscular use
Releuko	Filgrastim-ayow, biosimilar, (Releuko), 1 mcg
Remicade	Infliximab, excludes biosimilar, 10 mg
Remodulin	Treprostinil, 1 mg
Renacidin	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
Retepase	Retepase, 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
RIMSO-50	DMSO, dimethyl sulfoxide, 50%, 50 ml
Risperdal Consta	Risperidone (RISPERDAL CONSTA), 0.5 mg
Rituxan	Rituximab, 10 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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 $2 \times 10^{13}$ vector genomes
Rolvedon	Eflapegrastim-xnst, 0.1 mg
romidepsin, lyophilized	Romidepsin, lyophilized, 0.1 mg
romidepsin, nonlyophilized	Romidepsin, nonlyophilized, 0.1 mg
Rotarix	Human, attenuated (RV1), 2 dose schedule, live, for oral use
Rotateq	Pentavalent (RV5), 3 dose schedule, live, for oral use
RSV Vaccine	MRNA lipid nanoparticles, for intramuscular use
Ruconest	Cl esterase inhibitor (recombinant), Ruconest, 10 units
Ruxience	Rituximab-pwr, biosimilar, (RUXIENCE), 10 mg
Rybrevant	Amivantamab-vmjw, 2 mg
Rykindo	Risperidone (Rykindo), 0.5 mg
Ry laz	Asparaginase, recombinant, (Rylaze), 0.1 mg
Ryplazim	Plasminogen, human-tvmh, 1 mg
Rystiggo	Rozanolixizumab-noli, 1 mg
Ryzneuta	Efbemalenograstim alfa-vuxw, 0.5 mg
Sandimmune	Parenteral, 250 mg
Sandostatin LAR	Octreotide, depot form for intramuscular injection, 1 mg
Saphnelo	Anifrolumab-fnia, 1 mg
Sarclisa	Isatuximab-irfc, 10 mg
Scenesse	Afamelanotide implant
Sevenfact	Recombinant)-jncw (Sevenfact), 1 mcg
Sezaby	Phenobarbital sodium (Sezaby), 1 mg
Shingrix	(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



Nombre del medicamento	Nombre genérico
Sincalide, generic (MAIA)	Sincalide (MAIA) not therapeutically equivalent to J2805,5 mcg
Sinuva	(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	Dextranomer/hyaluronic acid copolymer implant, anal canal, 1 ml, includes shipping and necessary supplies
Sol iris	Eculizumab, 10 mg
Solu-Cortef	Hydrocortisone sodium succinate, upto 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	Nasal spray, 1 mg
Stelara	For intravenous injection, 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
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
Sylva nt	Siltuximab, 10 mg
Synagis	Monoclonal antibody, recombinant, for intramuscular use, 50 mg, each
Synercid	Quinupristin/dalfopristin, 500 mg (150/350)
Synjoynt	SYNOJOYNT, for intra-articular injection, 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
Synvisc One	Synvisc or Synvisc-One, for intraarticular injection, 1 mg
Tacrolimus (IV)	Parenteral, 5 mg
Ta Ivey	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,
Tecentriq	Atezolizumab, 10 mg
Tecvayli	Teclistamab-cqyv, 0.5 mg
Teflaro	Ceftaroline fosamil, 10 mg
Temodar	Temozolomide, 1 mg
Teniposide	Teniposide, 50 mg
Tenivac	Preservative free, when administered to individuals 7years 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
Thrombate III	Antithrombin HI (human), perIU
Thymoglobulin	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	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
TN Kase	Tenecteplase, 1 mg
tobramycin sulfate	Tobramycin sulfate, up to 80 mg
Tofidence	Tocilizumab-bavi (Tofidence), biosimilar, 1 mg
Torisel	Temsirolimus, 1 mg



Nombre del medicamento	Nombre genérico
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
Tretten	Factor XHI A-subunit, (recombinant), peril)
Thesenee	Triamcinolone acetone, preservative free, 1 mg
TrifericAVNU	Ferric pyrophosphate citrate solution (TrifericAVNU), 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	Triluron, for intra-articular injection, 1 mg
Triptodur	Triptorelin, extended-release, 3.75 mg
Trisenox	Arsenic trioxide, 1 mg
Tri Vi sc	Tri vise, for intra-articular injection, 1 mg
Trodelyv	Sacituzumab govitecan-hziy, 2.5 mg
Trogarzo	Ibalizumab-uiyk, 10 mg
Trumenba	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	Hormone containing patch, each
Tygacil	Tigecycline, 1 mg
Typhim Vi	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	Biologics
Unclassified drugs	Drugs
Uplizna	Inebilizumab-cdon, 1 mg
Uzedy	Risperidone (Uzedy), 1 mg

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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 03370,500 mg
vancomycin, generic (Xelia)	Vancomycin HCl (Xelia) not therapeutically equivalent to 03370,500 mg
Varivax	Live, for subcutaneous use
Varizig	Human, for intramuscular use
vasopressin	Vasopressin, 1 unit
vasopressin, generic (American Regent)	Vasopressin (American Regent) not therapeutically equivalent to 02598,1 unit
Vaxchora	Live, adult dosage, 1 dose schedule, for oral use
Vaxelis	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	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
Vibativ	Telavancin, 10 mg
Vidaza	Azacitidine, 1 mg
Viltepso	Viltolarsen, 10 mg
Vimizim	Elosulfase a If a, 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 1USP unit (up to 999 USP units)
Vivitrol	Naltrexone, depot form, 1 mg
Vivotif	Typhoid vaccine, live, oral
Vizamyl	Diagnostic, per study dose, up to 5 mCi

Nombre del medicamento	Nombre genérico
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	Containing nominal 5 x 10 <sup>9</sup> /sup>PFU/ml vector genomes, per 0.1 ml
Vyondys 53	Golodirsén, 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
Wilate	Von Willebrand factor complex (human), Wilate, 1 IU VWF:RCO
WinRhoSDF	Rho(D) immune globulin (Rhlg), human, full-dose, for intramuscular use
WinRhoSDF	Rho(D) immune globulin (RhlgIV), human, for intravenous use
WinRhoSDF	Injection, 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 acetate (Xipere), 1 mg
Xolair	Omalizumab, 5 mg
Xopenex nebulizer solution	Inhalation solution, FDA-approved final product, noncompounded, administered through DME, concentrated form, 0.5 mg
Xopenex nebulizer solution	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	Up to 200 million autologous anti-CD19 CAR positive T cells, including leukapheresis and dose preparation procedures, per therapeutic dose

Nombre del medicamento	Nombre genérico
YF-Vax	Live, for subcutaneous use
Yondelis	Trabectedin, 0.1 mg
Yutiq	Fluocinolone acetate, intravitreal implant (Yutiq), 0.01 mg
Zaltrap	Ziv-aflibercept, 1 mg
Zanosar	Streptozocin, 1g
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 acetate, 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 <sup>15</sup> 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	Loncastuximabtesirine-lpyl, 0.075 mg
Zynteglo	Betibeglogene autotemcel, per treatment
Zynyz	Retifanlimab-dlwr, 1 mg
Zyprexa Relprev	Olanzapine, long-acting, 1 mg
Zyvox	Linezolid, 200 mg

# Índice alfabético

ABACA/LAMIVU TAB 600-300M .....	42	ADALIMU-ADBM KIT40/0.8ML .....	101	ALOSETRON TAB 0.5MG .....	77
ABACAVIR SOL 20MG/ML .....	42	ADAPALENE GEL 0.1% .....	71	ALOSETRON TAB IMG .....	77
ABACAVIR TAB 300MG .....	42	ADAPALENE GEL 0.3% .....	71	ALPRAZOLAM CON 1 MG/ML .....	45
ABIRATERONE TAB 250MG .....	33	ADAPALENE GEL PMP 0.3% .....	71	ALPRAZOLAM TAB 0.5MG .....	45
ABIRATERONE TAB 500MG .....	33	ADAPALENE ORE 0.1% .....	71	ALPRAZOLAM TAB 0.5MG ER .....	45
ABRYSVO INJ .....	101	ADEFOV DIPIV TAB 10MG .....	42	ALPRAZOLAM TAB 0.5MG OD .....	45
ACAMPRO CAL TAB 333MG .....	15	ADEMPAS TAB 0.5MG .....	115	ALPRAZOLAM TAB 0.25MG .....	45
ACARBOSE TAB 25MG .....	47	ADEMPAS TAB 1.5MG .....	115	ALPRAZOLAM TAB 0.25 ODT .....	45
ACARBOSE TAB 50MG .....	47	ADEMPAS TAB 2.5MG .....	115	ALPRAZOLAM TAB 2MG .....	45
ACARBOSE TAB 100MG .....	47	ADEM PAS TAB 2MG .....	116	ALPRAZOLAM TAB 2MG ER .....	45
ACCU-CHEK KIT GUIDE .....	47	ADEMPAS TAB IMG .....	115	ALPRAZOLAM TAB 2MG ODT .....	45
ACCU-CHEK KIT GUIDE ME .....	47	AFIRMELLE TAB 0.1-0.02 .....	86	ALPRAZOLAM TAB 3MG ER .....	45
ACCU-CHEK KIT SOFTCLIX .....	47	AFLURIA QUAD INJ 2023-24 .....	101	ALPRAZOLAM TAB IMG .....	45
ACCU-CHEK LIQ GUIDE .....	47	AFTERA TAB 1.5MG .....	86	ALPRAZOLAM TAB IMG ER .....	45
ACCU-CHEK LIQ SMART .....	47	AFTERPILL TAB 1.5MG .....	86	ALPRAZOLAM TAB IMG ODT .....	45
ACCU-CHEK SOL .....	47	AIMOVIG INJ 70MG/ML .....	31	AL TAB AX OIN1% .....	17
ACCU-CHEKTES AVIVA PL .....	47	AIMOVIG INJ 140MG/ML .....	31	ALTACAINE SOL 0.5% OP .....	111
ACCU-CHEKTES GUIDE .....	47	AK-POLY-BAC OIN OP .....	111	ALTAFRIN SOL 2.5% OP .....	111
ACCU-CHEK TES SMART .....	47	AKTEN GEL 3.5% .....	111	ALTAFRIN SOL 10% OP .....	111
AC CUTANE CAP 10MG .....	71	ALA-SCALP LOT 2% .....	82	ALTAVERA TAB .....	86
AC CUTANE CAP 20MG .....	71	ALBENDAZOLE TAB 200MG .....	37	ALVESCO AER 80MCG .....	116
AC CUTANE CAP 30MG .....	71	ALBUTEROL AER HFA .....	116	ALVESCO AER 160MCG .....	116
AC CUTANE CAP 40MG .....	71	ALBUTEROL NEB 0.5% .....	116	ALVIMOPAN CAP 12MG .....	77
ACEBUTOLOL CAP 200MG .....	55	ALBUTEROL NEB 0.63MG/3 .....	116	ALYACEN TAB 1/35 .....	86
ACEBUTOLOL CAP 400MG .....	55	ALBUTEROL NEB 0.083% .....	116	ALYACEN TAB 7/7/7 .....	86
ACETAZOLAMID CAP 500MG ER .....	55	ALBUTEROL NEB 1.25MG/3 .....	116	ALYQ TAB 20MG .....	116
ACETAZOLAMID TAB 125MG .....	55	ALBUTEROL SYP 2MG/5ML .....	116	AMABELZ TAB 0.5-0.1 .....	86
ACETAZOLAMID TAB 250MG .....	55	ALBUTEROL TAB 2MG .....	116	AM AB ELZ TAB 1-0.5MG .....	86
ACETIC ACID SOL 2% OTIC .....	115	ALBUTEROL TAB 4MG .....	116	AMANTADINE CAP 100MG .....	38
ACETYLCYST SOL 10% .....	115	ALCLOMETASON OIN 0.05% .....	82	AMANTADINE SOL 50MG/5ML .....	38
ACETYLCYST SOL 20% .....	115	ALCLOMETASON ORE 0.05% .....	82	AMANTADINE SOL 100/10ML .....	38
ACITRETIN CAP 10MG .....	71	ALCOHOL PREP PAD .....	108	AMANTADINE TAB 100MG .....	38
ACITRETIN CAP 175MG .....	71	ALECENSA CAP 150MG .....	33	AMBRISANTAN TAB 5MG .....	116
ACITRETIN CAP 25MG .....	71	ALENDRONATE SOL 70/75ML .....	107	AMBRISANTAN TAB 10MG .....	116
ACTEMRA INJ 162/0.9 .....	101	ALENDRONATE TAB 10MG .....	107	AMCINONIDE CRE 0.1% .....	82
ACTEMRA INJ ACTPEN .....	101	ALENDRONATE TAB 35MG .....	107	AMCINONIDE LOT 0.1% .....	82
ACTHIB INJ .....	101	ALENDRONATE TAB 70MG .....	107	AMCINONIDE OIN 0.1% .....	82
ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5 .....	101	ALFUZOSIN TAB 10MG ER .....	81	AMETHIA TAB .....	86
ACYCLOVIR CAP 200MG .....	42	ALINIA SUS 100/5ML .....	37	AMETHYST TAB 90-20MCG .....	86
ACYCLOVIR OIN 5% .....	42	ALLOPURINOL TAB 100MG .....	31	AMILOR/HCTZ TAB 5-50 .....	55
ACYCLOVIR SUS 200/5ML .....	42	ALLOPURINOL TAB 300MG .....	31	AMILORIDE TAB 5MG .....	55
ACYCLOVIR TAB 400MG .....	42	ALMOTRIP MAL TAB 6.25MG .....	31	AMINOCAPR AC TAB 500MG .....	52
ACYCLOVIR TAB 800MG .....	42	ALMOTRIP MAL TAB 12.5MG .....	31	AMINOCAPRAC TAB 1000MG .....	52
ADACEL INJ .....	101	ALMOTRIPTAN TAB 6.25MG .....	31	AMINOCAPROIC SOL 0.25/ML .....	52
ADALIMU-ADAZ INJ 40/0.4ML .....	101	ALMOTRIPTAN TAB 12.5MG .....	31	AMIODARONE TAB 100MG .....	55
ADALIMU-ADBM KIT10/0.2ML .....	101	ALOCRIOL SOL 2% .....	111	AMIODARONE TAB 200MG .....	55
ADALIMU-ADBM KIT20/0.4ML .....	101	ALOMIDE SOL 0.1% OP .....	111	AMIODARONE TAB 400MG .....	55

AMITRIPTYLIN TAB 10MG .....	25	AMPHETAMINE TAB 10MG .....	68	ARFORMOTEROL NEB 15/2ML .....	116
AMITRIPTYLIN TAB 25MG .....	25	AMPHET/DEXTRCAP5MG ER.....	68	ARIPIRAZOLE SOL 1MG/ML.....	39
AMITRIPTYLIN TAB 50MG.....	25	AMPHET/DEXTRCAP10MG ER .....	68	ARIPIRAZOLE TAB 2MG .....	39
AMITRIPTYLIN TAB 75MG.....	25	AMPHET/DEXTRCAP15MG ER.....	68	ARIPIRAZOLE TAB 5MG .....	39
AMITRIPTYLIN TAB 100MG.....	25	AMPHET/DEXTRCAP20MG ER.....	68	ARIPIRAZOLE TAB 10MG.....	39
AMITRIPTYLIN TAB 150MG .....	25	AMPHET/DEXTRCAP 25MG ER.....	68	ARIPIRAZOLE TAB 15MG .....	39
AM J EVITA INJ 20/0.2ML .....	101	AMPHET/DEXTR TAB 5MG.....	68	ARIPIRAZOLE TAB 20MG .....	39
AMJEVITA INJ 40/0.4ML .....	101	AMPHET/DEXTR TAB 75MG.....	68	ARIPIRAZOLE TAB 30MG.....	39
AMJEVITA INJ 80/0.8ML.....	101	AMPHET/DEXTR TAB 10MG.....	68	ARMODAFINIL TAB 50MG.....	123
AMLOD/BENAZP CAP 2.5-10MG.....	55	AMPHET/DEXTR TAB 12.5MG.....	68	ARMODAFINIL TAB 150MG.....	122
AMLOD/BENAZP CAP 5-10MG .....	55	AMPHET/DEXTR TAB 15MG.....	68	ARMODAFINIL TAB 200MG.....	122
AMLOD/BENAZP CAP 5-20MG.....	55	AMPHET/DEXTR TAB 20MG.....	68	ARMODAFINIL TAB 250MG.....	123
AMLOD/BENAZP CAP 5-40MG.....	55	AMPHET/DEXTR TAB 30MG.....	68	ARMOURTHYRO TAB 15MG.....	97
AMLOD/BENAZP CAP 10-20MG .....	55	AMPICILLIN CAP 500MG .....	17	ARMOURTHYRO TAB 30MG.....	97
AMLOD/BENAZP CAP 10-40MG .....	55	ANAGRELIDE CAP 0.5MG .....	52	ARMOURTHYRO TAB 60MG.....	97
AMLODIPINE TAB 2.5MG.....	56	ANAGRELIDE CAP IMG .....	52	ARMOURTHYRO TAB 90MG.....	97
AMLODIPINE TAB 5MG .....	56	ANALPRAM-HC LOT 2.5%.....	107	ARMOURTHYRO TAB 120MG.....	97
AMLODIPINE TAB 10MG.....	56	ANASTROZOLE TAB 1MG.....	33	ARMOURTHYRO TAB 180MG .....	97
AMLOD/VALSAR TAB 5-160MG .....	56	ANDRODERM DIS 2MG/24HR .....	86	ARMOURTHYRO TAB 240MG .....	97
AMLOD/VALSAR TAB 5-320MG.....	56	ANDRODERM DIS 4MG/24HR.....	86	ARMOURTHYRO TAB 300MG.....	97
AMLOD/VALSAR TAB 10-160MG.....	56	ANNOVERA MIS .....	86	ARNUITY ELPTINH 50MCG .....	116
AMLOD/VALSAR TAB 10-320MG.....	56	APAP-CAFFEIN CAP DIHYDROC.....	10	ARNUITY ELPTINH 100MCG.....	116
AMMONIUM LACCRE12%.....	71	APAP/CODEINE SOL 120-12/5.....	10	ARNUITY ELPTINH 200MCG .....	116
AMNESTEEM CAP 10MG.....	71	APAP/CODEINE SOL 300-30MG.....	10	ASA/DIPYRIDA CAP 25-200MG .....	52
AMNESTEEM CAP 20MG .....	71	APAP/CODEINE TAB 300-15MG.....	10	ASA/OMEPRAZO TAB 81-40MG .....	52
AMNESTEEM CAP 40MG.....	71	APAP/CODEINE TAB 300-30MG.....	10	ASCOMP/COD CAP 30MG.....	10
AMOXAPINE TAB 25MG .....	25	APAP/CODEINE TAB 300-60MG.....	10	ASENAPINE SUB 2.5MG .....	39
AMOXAPINE TAB 50MG.....	25	APEXICON E CRE 0.05%.....	82	ASENAPINE SUB 5MG .....	39
AMOXAPINE TAB 100MG .....	25	APOMORPHINE INJ 30MG/3ML.....	38	ASENAPINE SUB 10MG.....	39
AMOXAPINE TAB 150MG.....	25	APRACLONIDIN SOL 0.5% OP.....	111	ASHLYNA TAB .....	86
AMOXICILLIN CAP 250MG.....	17	APREPITANT CAP 40MG .....	28	ASMANEX14 AER 220MCG .....	116
AMOXICILLIN CAP 500MG .....	17	APREPITANT CAP 80MG .....	28	ASMANEX 30 AER 110MCG .....	116
AMOXICILLIN CHW125MG.....	17	APREPITANT CAP 125MG.....	28	ASMANEX 30 AER 220MCG .....	116
AMOXICILLIN CHW250MG .....	17	APREPITANT PAK 80 & 125.....	28	ASMANEX 60 AER 220MCG .....	116
AMOXICILLIN SUS 125/5ML.....	17	APRI TAB.....	86	ASMANEX120 AER 220MCG .....	116
AMOXICILLIN SUS 200/5ML.....	17	APTIOM TAB 200MG.....	21	ASMANEX HFA AER 50MCG .....	116
AMOXICILLIN SUS 250/5ML.....	17	APTIOM TAB 400MG.....	21	ASMANEX HFA AER 100 MCG .....	116
AMOXICILLIN SUS 250MG/5M.....	17	APTIOM TAB 600MG .....	21	ASMANEX HFA AER 200 MCG .....	116
AMOXICILLIN SUS 400/5ML.....	17	APTIOM TAB 800MG.....	21	ASPIRIN LOW CHW 81MG.....	10
AMOXICILLIN TAB 500MG .....	17	APTIVUSCAP 250MG .....	42	ASPIRIN LOW TAB 81MG EC.....	10
AMOXICILLIN TAB 875MG .....	17	ARANELLE TAB.....	86	ASSURE ID MIS 1ML/31G .....	108
AMOX/K CLAV CHW 200MG .....	17	ARAN ESP INJ10MCG.....	52	A TAB EX EC TAB 29-1MG .....	73
AMOX/K CLAV CHW 400MG.....	17	ARAN ESP INJ 25MCG .....	52	A TAB EX OB TAB 29-1MG.....	73
AMOX/K CLAV SUS 200/5ML .....	17	ARAN ESP INJ 40MCG.....	52	ATAZANAVIR CAP 150MG.....	42
AMOX/K CLAV SUS 250/5ML .....	17	ARAN ESP INJ 60MCG.....	52	ATAZANAVIR CAP 200MG.....	42
AMOX/K CLAV SUS 400/5ML.....	17	ARANESP INJ 60MCG.....	52	ATAZANAVIR CAP 300MG.....	42
AMOX/K CLAV SUS 600/5ML.....	17	ARAN ESP INJ100MCG .....	52	ATENOL/CHLOR TAB 50-25MG.....	56
AMOX/K CLAV TAB 250-125 .....	17	ARAN ESP INJ150MCG.....	52	ATENOL/CHLOR TAB 100-25MG .....	56
AMOX/K CLAV TAB 500-125.....	17	ARAN ESP INJ 200MCG.....	52	ATENOLOL TAB 25MG.....	56
AMOX/K CLAV TAB 875-125.....	17	ARAN ESP INJ 300MCG.....	52	ATENOLOL TAB 50MG .....	56
AMPHE1/DEXTR CAP 30MG ER.....	68	ARAN ESP INJ 500MCG.....	52	ATENOLOL TAB 100MG.....	56
AMPHETAMINE TAB 5MG.....	68	AREXVY INJ 120MCG.....	101	ATORVASTATIN TAB 10MG.....	56

ATORVASTATIN TAB 20MG .....	56	BEHMOL SOL 0.25%.....	112	BIKTARVY TAB.....	42
ATORVASTATIN TAB 40MG.....	56	BELSOMRA TAB 5MG.....	123	BISACODYL TAB 5MG EC.....	77
ATORVASTATIN TAB 80MG.....	56	BELSOMRA TAB 10MG .....	123	BISOPRL/HCTZ TAB 2.5/6.25.....	56
ATOVAQ/PROGU TAB 62.5-25.....	37	BELSOMRA TAB 15MG .....	123	BISOPRL/HCTZ TAB 5-6.25MG.....	56
ATOVAQ/PROGU TAB 250-100 .....	37	BELSOMRA TAB 20MG.....	123	BISOPRL/HCTZ TAB 10/6.25.....	56
ATOVAQUONE SUS 750/5ML .....	37	BENAZEP/HCTZ TAB 5-6.25MG .....	56	BISOPROL FUM TAB 5MG.....	57
ATROPINE SUL SOL 1%.....	111	BENAZEP/HCTZ TAB 10-12.5 .....	56	BISOPROL FUM TAB 10MG .....	57
ATROPINE SUL SOL 1% OP.....	111	BENAZEP/HCTZ TAB 20-12.5.....	56	BLEPHAMIDE OIN S.O.P.....	112
ATROVENT HFA AER 17MCG .....	116	BENAZEP/HCTZ TAB 20-25MG.....	56	BLEPHAMIDESUSOP .....	112
AUBRA EQ TAB 0.1-0.02.....	86	BENAZEPRIL TAB 5MG .....	56	BLISOVI24 TAB FE1/20 .....	87
AUBRA TAB 0.1-0.02.....	86	BENAZEPRIL TAB 10MG.....	56	BLISOVIFE TAB 1.5/30 .....	87
AUROVELA 24 TAB EE 1/20.....	86	BENAZEPRIL TAB 20MG.....	56	BLISOVI FE TAB 1/20.....	87
AUROVELA EE TAB 1.5/30.....	86	BENAZEPRIL TAB 40MG.....	56	BOOST RIX INJ.....	102
AUROVELA EE TAB 1/20.....	86	BENZNIDAZOLE TAB 12.5MG.....	37	BOSENTAN TAB 62.5MG .....	117
AUROVELA TAB 1.5/30.....	86	BENZNIDAZOLE TAB 100MG.....	37	BOSENTAN TAB 125MG .....	117
AUROVELA TAB 1/20.....	86	BENZONATATE CAP 100MG .....	116	BOSULIF CAP 50MG.....	33
AURYXIA TAB 210MG .....	73	BENZONATATE CAP 200MG.....	116	BOSULIF CAP 100MG.....	33
AUSTEDO TAB 6MG.....	68	BENZTROPINE TAB 0.5MG.....	38	BOSULIF TAB 100MG .....	33
AUSTEDO TAB 9MG.....	68	BENZTROPINE TAB 2MG .....	38	BOSULIF TAB 400MG.....	33
AUSTEDO TAB 12MG .....	68	BENZTROPINE TAB IMG.....	38	BOSULIF TAB 500MG.....	33
AUTOPEN MIS 1-21UNIT .....	47	BE POTASH NE DRO 1.5%.....	112	BPM-PSE-DM SYP 2-30-10 .....	117
AVIANE TAB .....	86	BEPOTASHNE DRO 1.5% OP.....	112	BREYNA AER 80/4.5.....	117
AVIDOXY TAB 100MG .....	17	BESIVANCE SUS 0.6%.....	112	BREYNA AER 160/4.5.....	117
AVONEX PEN KIT30MCG .....	68	BETADINE SOL 5% OP.....	112	BREZTRI AERO AER SPHERE.....	117
AVONEX PREFL KIT30MCG.....	68	BETA DIPROP CRE 0.05% .....	82	BRIELLYN TAB.....	87
AYUNA TAB.....	86	BETA DIPROP GEL 0.05%.....	82	BRILINTA TAB 60MG.....	52
AZASITE SOL 1%.....	112	BETA DIPROP LOT 0.05%.....	82	BRILINTA TAB 90MG.....	52
AZATHIOPRINE TAB 50MG .....	101	BETA DIPROP OIN 0.05%.....	82	BRIMONIDINE GEL 0.33%.....	71
AZELAIC ACID GEL 15%.....	71	BETAINE ANHY POW.....	80	BRIMONIDINE SOL 0.2% OP.....	112
AZELASTINE DRO 0.05%.....	112	BETAMETH DIP CRE 0.05%.....	82	BRIMONIDINE SOL 0.15%.....	112
AZELASTINE SPR 0.1% .....	116	BETAMETH DIP LOT 0.05%.....	82	BRIMO/TIMOLO SOL 0.2/0.5%.....	112
AZITHROMYCIN POW1GM PAK.....	17	BETAMETH DIP OIN 0.05%.....	82	BRINZOLAMIDE SUS 1%.....	112
AZITHROMYCIN SUS 100/5ML.....	17	BETAMETH VAL CRE 0.1%.....	82	BRINZOLAMIDE SUS 1% OP.....	112
AZITHROMYCIN SUS 200/5ML .....	17	BETAMETH VAL LOT 0.1% .....	82	BROMFENAC DRO 0.09% OP.....	112
AZITHROMYCIN TAB 250MG.....	17	BETAMETH VAL OIN 0.1%.....	82	BROMFENAC SOL 0.09% OP.....	112
AZITHROMYCIN TAB 500MG .....	17	BETASERON INJ 0.3MG .....	68	BROMOCRIPTIN CAP 5MG .....	38
AZITHROMYCIN TAB 600MG .....	18	BETAXOLOL SOL 0.5% OP .....	112	BROMOCRIPTIN TAB 2.5MG .....	38
AZURETTE TAB.....	87	BETAXOLOL TAB 10 MG .....	56	BROM/PSE/DM SYP .....	117
BACIT/POLYMYOIN OP .....	112	BETAXOLOL TAB 20MG.....	56	BROM/PSE/DM SYP 2-30-10.....	117
BACITRACIN OIN OP.....	112	BETHANECHOL TAB 5MG.....	81	BROM/PSE/DM SYP 2/30/10.....	117
BACLOFEN TAB 5MG.....	122	BETHANECHOL TAB 10MG.....	81	BUDES/FOR MOT AER 80-4.5.....	117
BACLOFEN TAB 10MG.....	122	BETHANECHOL TAB 25MG .....	81	BUDES/FOR MOT AER 160-4.5.....	117
BACLOFEN TAB 20MG .....	122	BETHANECHOL TAB 50MG.....	81	BUDESONIDE AER 2MG/ACT.....	107
BALSALAZIDE CAP 750MG.....	107	BETOPHC-S SUS 0.25% OP .....	112	BUDESONIDE CAP 3MG DR.....	107
BALZIVA TAB.....	87	BEVESPI AER 9-4.8M CG.....	117	BUDESONIDE SUS 0.5MG/2.....	117
BAQSIMI ONE POW3MG/DOSE.....	47	BEXAROTENE CAP 75MG.....	33	BUDESONIDE SUS 0.25MG/2.....	117
BAQSIMI TWO POW3MG/DOSE .....	47	BEXAROTENE GEL 17° .....	33	BUDESONIDE SUS 1MG/2ML .....	117
BARACLUDE SOL .....	42	BEXSERO INJ .....	101	BUMETANIDE TAB 0.5MG .....	57
BASAGLAR INJ 100 UNIT.....	47	BEYFORTUS INJ 50/0.5ML .....	102	BUMETANIDE TAB 2MG.....	57
BAXD ELA TAB 450MG.....	18	BEYFORTUS INJ 100MG/ML.....	102	BUMETANIDE TAB IMG .....	57
BD GLUCOSE CHW5GM .....	108	BICALUTAMIDE TAB 50MG.....	33	BUPREN/NALOX MIS 2-0.5MG.....	15
BEHMOL SOL 0.5%.....	112	BIJUVA CAP 0.5-100.....	87	BUPREN/NALOX MIS 4-1MG.....	15



BUPREN/NALOX MIS 8-2MG.....	15	CAPECI TAB IN E TAB 150MG .....	33	CAZIANP PAK .....	87
BUPREN/NALOX MIS 12-3MG .....	15	CAPECI TAB IN E TAB 500MG .....	33	CDP/AMITRIP TAB 5-12.5MG.....	25
BUPREN/NALOX SUB 2-0.5MG .....	15	CAPEX SHA 0.01% .....	82	CDP/AMITRIP TAB 10-25MG.....	25
BUPREN/NALOX SUB 8-2MG .....	15	CAPRELSA TAB 100MG.....	33	CEFACTOR CAP 250MG.....	18
BUPRENORPHIN SUB 2MG .....	15	CAPRELSA TAB ZOOMG.....	33	CEFACTOR CAP 500MG.....	18
BUPRENORPHIN SUB 8MG.....	15	CAPTOPR/HCTZ TAB 25-15MG.....	57	CEFACTOR ER TAB 500MG .....	18
BUPROPION TAB 75MG .....	25	CAPTOPR/HCTZ TAB 25-25MG .....	57	CEFADROXIL CAP 500MG .....	18
BUPROPION TAB 100MG.....	25	CAPTOPR/HCTZ TAB 50-15MG .....	57	CEFADROXIL SUS 250/5ML .....	18
BUPROPION TAB 100MG SR.....	25	CAPTOPR/HCTZ TAB 50-25MG.....	57	CEFADROXIL SUS 500/5ML.....	18
BUPROPION TAB 150MG SR.....	15	CAPTOPRIL TAB 12.5MG.....	57	CEFADROXIL TAB 1GM .....	18
BUPROPION TAB 200MG SR.....	25	CAPTOPRIL TAB 25MG .....	57	CEFDINIR CAP 300MG.....	18
BUPROPN HCL TAB 150MG XL .....	25	CAPTOPRIL TAB 50MG.....	57	CEFDINIRSUS125/5ML .....	18
BUPROPN HCL TAB 300MG XL.....	25	CAPTOPRIL TAB 100MG .....	57	CEFDINIR SUS 250/5ML .....	18
BUSPIRONE TAB 5MG .....	45	CARBAMAZEPIN CAP 100MG ER.....	21	CEFIXIME CAP 400MG .....	18
BUSPIRONE TAB 7.5MG .....	45	CARBAMAZEPIN CAP 200MG ER.....	21	CEFIXIME SUS 100/5ML.....	18
BUSPIRONE TAB 10MG.....	45	CARBAMAZEPIN CAP ZOOMG ER.....	21	CEFIXIME SUS 200/5ML.....	18
BUSPIRONE TAB 15MG .....	45	CARBAMAZEPIN CHW100MG .....	21	CEFPODO PROX SUS 50MG/5ML.....	18
BUSPIRONE TAB 30MG .....	45	CARBAMAZEPIN SUS 100/5ML.....	21	CEFPODO PROX SUS 100/5ML .....	18
BUTAL/APAP TAB 50-325MG .....	10	CARBAMAZEPIN TAB 100MG ER .....	21	CEFPODOXIME TAB 100MG.....	18
BUTALB/ACETA TAB 50-300MG .....	10	CARBAMAZEPIN TAB 100MGER.....	21	CEFPODOXIME TAB 200MG .....	18
BUT/APAP/CAF CAP.....	10	CARBAMAZEPIN TAB 200MG .....	21	CEFPROZIL SUS 125/5ML.....	18
BUT/APAP/CAF CAP CODEINE .....	10	CARBAMAZEPIN TAB 200MG ER.....	21	CEFPROZIL SUS 250/5ML.....	18
BUT/APAP/CAF TAB.....	10	CARBAMAZEPIN TAB 400MG ER.....	21	CEFPROZIL TAB 250MG .....	18
BUT/ASA/CAF/ CAP CODEINE .....	10	CARBIDOPA TAB 25MG .....	38	CEFPROZIL TAB 500MG.....	18
BUT/ASA/CAFF CAP .....	10	CARBINOXAMIN SOL 4MG/5ML.....	117	CEFUROXIME TAB 250MG.....	18
BUTORPHANOL SOL 10MG/ML.....	10	CARBINOXAMIN TAB 4MG.....	117	CEFUROXIME TAB 500MG.....	18
BYDUREON BC INJ 2/0.85ML .....	48	CARB/LEVO200 TAB /ENTACAP .....	38	CELECOXIB CAP 50MG .....	10
CABERGOLINE TAB 0.5MG .....	85	CARB/LEVO 50 TAB /ENTACAP.....	38	CELECOXIB CAP 100MG .....	10
CAFFEINE CITSOL 20MG/ML.....	68	CARB/LEVO 75 TAB /ENTACAP .....	38	CELECOXIB CAP 200MG .....	10
CAFFEINE CIT SOL 60MG/3ML .....	68	CARB/LEVO125 TAB /ENTACAP .....	38	CELECOXIB CAP 400MG .....	10
CALC ACETATE CAP 667MG.....	73	CARB/LEVO150 TAB /ENTACAP.....	38	CEPHALEXIN CAP 250MG.....	18
CALC ACETATE TAB 667MG .....	73	CARB/LEVO ER TAB 25-100MG.....	38	CEPHALEXIN CAP 500MG .....	18
CALCIP/BETAM SUS .....	71	CARB/LEVO ER TAB 50-200MG.....	38	CEPHALEXIN SUS 125/5ML.....	18
CALCIPOTRIEN CRE 0.005%.....	71	CARB/LEVOIOO TAB /ENTACAP .....	38	CEPHALEXIN SUS 250/5ML.....	18
CALCIPOTRIEN OIN 0.005%.....	71	CARB/LEVO TAB 10-100MG .....	38	CEVIMELINE CAP 30MG.....	70
CALCIPOTRIEN OIN BETAMETH .....	71	CARB/LEVO TAB 25-100MG.....	38	CHARLOTTE 24 CHW FE 1/20.....	87
CALCIPOTRIEN SOL 0.005%.....	71	CARB/LEVO TAB 25-250MG.....	38	CHATEAL EQ TAB 0.15/30.....	87
CALCITONIN SPR200/ACT .....	107	CARDURA XL TAB 4MG.....	81	CHATEAL TAB 0.15/30.....	87
CALCITRIOL CAP 0.5MCG.....	108	CARDURA XL TAB 8MG.....	81	CHEMET CAP 100MG .....	73
CALCITRIOL CAP 0.25MCG.....	107	CARGLUMIC TAB 200MG.....	73	CHEMSTRIPKTES .....	108
CALCITRIOL OIN 3MCG/GM .....	71	CARISOPRODOL TAB 350MG .....	122	CHEMSTRIPTES MICRAL.....	108
CALCITRIOL SOL 1MCG/ML.....	108	CARISOPRODOL TAB ASA/COD.....	10	CHLORDIAZEP CAP 5MG.....	45
CAMILA TAB 0.35MG .....	87	CARTIA XT CAP 120/24HR.....	57	CHLORDIAZEP CAP 10MG.....	45
CAMRESE LO TAB.....	87	CARTIA XT CAP 180/24HR.....	57	CHLORDIAZEP CAP 25MG .....	45
CAMRESE TAB .....	87	CARTEOLOL SOL 1% OP .....	112	CHLORHEX GLU SOL 0.12%.....	70
CANDESA/HCTZ TAB 16-12.5.....	57	CARTTA XT CAP 240/24HR.....	57	CHLOROQUINE TAB 250MG.....	37
CANDESA/HCTZ TAB 32-12.5.....	57	CARTTA XT CAP 300/24HR .....	57	CHLOROQUINE TAB 500MG .....	37
CANDESA/HCTZ TAB 32-25MG.....	57	CARVEDILOL TAB 3.125MG.....	57	CHLORPROMAZ TAB 10MG.....	39
CANDESARTAN TAB 4MG.....	57	CARVEDILOL TAB 6.25MG.....	57	CHLORPROMAZ TAB 25MG .....	39
CANDESARTAN TAB 8MG.....	57	CARVEDILOL TAB 12.5MG .....	57	CHLORPROMAZ TAB 50MG.....	39
CANDESARTAN TAB 16MG .....	57	CARVEDILOL TAB 25MG.....	57	CHLORPROMAZ TAB 100MG .....	39
CANDESARTAN TAB 32MG .....	57	CAVA DPR.....	108	CHLORPROMAZ TAB 200MG.....	39



CHLORTHALID TAB 25MG.....	57	CLINDAMY/BEN GEL 1.2-5%.....	71	CLOZAPINE TAB 150/ODT.....	40
CHLORTHALID TAB 50MG.....	57	CLINDAMYCIN CAP 75MG.....	19	CLOZAPINE TAB 200MG.....	40
CHLORZOXAZON TAB 500MG.....	122	CLINDAMYCIN CAP 150MG.....	19	CLOZAPINE TAB 200/ODT.....	40
CHOLESTYRAM POW4GM.....	57	CLINDAMYCIN CAP 300MG.....	19	CODEINE SULF TAB 15MG.....	10
CHOLESTYRAM POW4GM LITE.....	57	CLINDAMYCIN CRE 2% VAG.....	19	CODEINE SULF TAB 30MG.....	10
CICLODAN SOL 8%.....	29	CLINDAMYCIN GEL 1%.....	71	CODEINE SULF TAB 60MG.....	10
CICLOPIROX GEL 0.77%.....	29	CLINDAMYCIN LOT 1%.....	71	COLCHICINE TAB 0.6MG.....	31
CICLOPIROX ORE 0.77%.....	29	CLINDAMYCIN LOT10MG/ML.....	71	COLESEVELAM PAK3.75GM.....	58
CICLOPIROX SHA1%.....	29	CLINDAMYCIN MIS 1%.....	71	COLESEVELAM TAB 625MG.....	58
CICLOPIROX SOL 8%.....	29	CLINDAMYCIN SOL 1%.....	71	COLESTIPOL GRA5GM.....	58
CICLOPIROX SUS 0.77%.....	29	CLINDAMYCIN SOL 75MG/5ML.....	19	COLESTIPOL TAB 1GM.....	58
CILOSTAZOL TAB 50MG.....	52	CLOBAZAM SUS 2.5MG/ML.....	21	COMETRIQ KIT 60MG.....	33
CILOSTAZOL TAB 100MG.....	52	CLOBAZAM TAB 10MG.....	21	COMETRIQ KIT 100MG.....	33
CIMETIDINE SOL 300/5ML.....	77	CLOBAZAM TAB 20MG.....	21	COMETRIQ KIT 140MG.....	33
CIMETIDINE SOL 400MG.....	77	CLOBETASOL CRE 0.05%.....	83	COM FORT TOUC MIS 31GX4MM.....	108
CIMETIDINE TAB 200MG.....	78	CLOBETASOL E CRE 0.05%.....	83	COM FORT TOUC MIS 32GX8MM.....	108
CIMETIDINE TAB 300MG.....	78	CLOBETASOL GEL 0.05%.....	83	COM FORT TOUC MIS 33GX1/4".....	108
CIMETIDINE TAB 400MG.....	78	CLOBETASOL OIN 0.05%.....	83	COM FORT TOUC MIS 33GX3/16.....	108
CIMETIDINE TAB 800MG.....	78	CLOBETASOL SOL 0.05%.....	83	COM FORT TOUC MIS 33GX5/32.....	108
CIMZIA KIT 200MG.....	102	CLOCORTOLONE CRE 0.1%.....	83	COMIRNATY INJ 30/0.3ML.....	102
CIMZIA PREFL KIT200MG/ML.....	102	CLOMIPRAMINE CAP 25MG.....	25	COMPLERA TAB.....	43
CIMZIA START KIT 200MG/ML.....	102	CLOMIPRAMINE CAP 50MG.....	25	COMPLETEENATE CHW.....	73
CINACALCET TAB 30MG.....	108	CLOMIPRAMINE CAP 75MG.....	25	COMPLETE NAT PAK DHA.....	73
CINACALCET TAB 60MG.....	108	CLONAZEPAM TAB 0.5MG.....	46	CO-NATAL FA TAB 29-1MG.....	73
CINACALCET TAB 90MG.....	108	CLONAZEPAM TAB 2MG.....	46	CONDOMS MIS.....	108
CIPRO/DEXA SUS 0.3-01%.....	115	CLONAZEPAM TAB IMG.....	46	CONDOMS MIS LUBRICAT.....	108
CIPROFLOXACN SOL 0.2%.....	115	CLONAZEP ODT TAB 0.5MG.....	45	CONSTULOSE SOL 10GM/15.....	78
CIPROFLOXACN SOL 0.3% OP.....	112	CLONAZEP ODT TAB 0.25MG.....	45	CONTOUR LOW LIQ CONTROL.....	47
CIPROFLOXACN SUS 250/5ML.....	18	CLONAZEP ODT TAB 0.125MG.....	45	CONTOUR NORM LIQ CONTROL.....	47
CIPROFLOXACN TAB 100MG.....	18	CLONAZEP ODT TAB 2MG.....	46	CORDRAN 80X3 TAP 4MCG/CM.....	83
CIPROFLOXACN TAB 250MG.....	18	CLONAZEP ODT TAB IMG.....	45	CORHFOAM AER 90MG.....	107
CIPROFLOXACN TAB 500MG.....	18	CLONIDINE DIS 0.1/24HR.....	57	CORLANORSOL 5MG/5ML.....	58
CIPROFLOXACN TAB 750MG.....	18	CLONIDINE DIS 0.2/24HR.....	58	CORLANOR TAB 5MG.....	58
CIPRO/FLUOC DRO PF.....	115	CLONIDINE DIS 0.3/24HR.....	58	CORLANOR TAB 7.5MG.....	58
CITALOPRAM SOL 10MG/5ML.....	25	CLONIDINE TAB 0.1MG.....	58	CORTISPORIN SUS -TC OTIC.....	115
CITALOPRAM TAB 10MG.....	25	CLONIDINE TAB 0.1MG ER.....	68	COTELLIC TAB 20MG.....	33
CITALOPRAM TAB 20MG.....	25	CLONIDINE TAB 0.2MG.....	58	COUNT-A-DOSE MIS.....	108
CITALOPRAM TAB 40MG.....	25	CLONIDINE TAB 0.3MG.....	58	CREON CAP 3000UNIT.....	80
CITROMA SOL LEMONY.....	78	CLOPIDOGREL TAB 75MG.....	53	CREON CAP 6000UNIT.....	80
CLARAVIS CAP 10MG.....	71	CLOPIDOGREL TAB 300MG.....	53	CREON CAP 12000UNT.....	80
CLARAVIS CAP 20MG.....	71	CLORAZ DIPOT TAB 3.75MG.....	46	CREON CAP 24000UNT.....	80
CLARAVIS CAP 30MG.....	71	CLORAZ DIPOT TAB 7.5MG.....	46	CREON CAP 36000UNT.....	80
CLARAVIS CAP 40MG.....	71	CLORAZ DIPOT TAB 15MG.....	46	CROMOLYN SOD CON 100/5ML.....	78
CLARITHROMYC SUS 125/5ML.....	18	CLOTTRIMAZOLE TRO 10MG.....	29	CROMOLYN SOD NEB 20MG/2ML.....	117
CLARITHROMYC SUS 250/5ML.....	18	CLOTTRIM/BETA LOT DIPROP.....	29	CROMOLYN SOD SOL 4% OP.....	112
CLARITHROMYC TAB 250MG.....	18	CLOTTRIM/BETA ORE DIPROP.....	29	CROTAN LOT 10%.....	37
CLARITHROMYC TAB 500MG.....	18	CLOZAPINE TAB 12.5/ODT.....	40	CRYSSELLE-28 TAB 28 TAB S.....	87
CLARITHROMYC TAB 500MG ER.....	19	CLOZAPINE TAB 25MG.....	40	CVS PURELAX POW.....	78
CLEARLAX POW.....	78	CLOZAPINE TAB 25MG ODT.....	40	CYANOCOBALAM INJ 1000MCG.....	73
CLEMASTINE TAB 2.68MG.....	117	CLOZAPINE TAB 50MG.....	40	CYANOCOBALAM INJ 10000MCG.....	73
CLENPIQ SOL.....	78	CLOZAPINE TAB 100MG.....	40	CYANOCOBALAM INJ 30000MCG.....	73
CLIMARA PRO DIS WEEKLY.....	87	CLOZAPINE TAB 100/ODT.....	40	CYANOCOBALAM SOL 2000MCG.....	73

CYCLAFEM TAB 1/35 .....	87	DEFERASIROX TAB 180MG .....	73	DEXLANSOPRAZ CAP 60MG DR .....	78
CYCLAFEM TAB 7/7/7 .....	87	DEFERASIROX TAB 250MG .....	73	DEXMETHYLPH TAB 2.5MG .....	68
CYCLOBENZAPR TAB 5MG .....	122	DEFERASIROX TAB 360MG .....	73	DEXMETHYLPH TAB 5MG .....	68
CYCLOBENZAPR TAB 7.5MG .....	122	DEFERASIROX TAB 500MG .....	73	DEXMETHYLPH TAB 10MG .....	68
CYCLOBENZAPR TAB 10MG .....	122	DELYLA TAB 0.1-0.02 .....	88	DEXTROAMPHET SOL 5MG/5ML .....	68
CYCLOMYDRIL SOL OP .....	112	DEMECLOCYCL TAB 150MG .....	19	DEXTROAMPHET TAB 5MG .....	69
CYCLOPENTOLA SOL 0.5% .....	112	DEMECLOCYCL TAB 300MG .....	19	DEXTROAMPHET TAB 10MG .....	69
CYCLOPENTOL SOL 1% OP .....	112	DENG VAXIA SUS .....	102	DIACOMITCAP 250MG .....	21
CYCLOPENTOL SOL 2% OP .....	112	DEPO-SQ PROV INJ 104 .....	88	DIACOMIT CAP 500MG .....	22
CYCLOPHOSPH CAP 25MG .....	33	DESIPRAMINE TAB 10MG .....	25	DIACOMIT PAK 250MG .....	22
CYCLOPHOSPH CAP 50MG .....	33	DESIPRAMINE E TAB 25MG .....	26	DIACOMIT PAK500MG .....	22
CYCLOPHOSPH TAB 25MG .....	33	DESIPRAMINE TAB 50MG .....	26	DIASCREEN MIS 1G .....	108
CYCLOPHOSPH TAB 50MG .....	33	DESIPRAMINE TAB 75MG .....	26	DIASCREEN MIS 1G .....	108
CYCLOSERINE CAP 250MG .....	32	DESIPRAMINE TAB 100MG .....	25	DIASCREEN MIS 1G .....	108
CYCLOSPORINE CAP 25MG .....	102	DESIPRAMINE TAB 150MG .....	26	DIAZEPAM CON 5MG/ML .....	46
CYCLOSPORINE CAP 25MG MOD .....	102	DESLORATADIN TAB 5MG .....	117	DIAZEPAM CON 25MG/5ML .....	46
CYCLOSPORINE CAP 50MG MOD .....	102	DESMOPRESSIN INJ 4MCG/ML .....	85	DIAZEPAM GEL 2.5MG .....	22
CYCLOSPORINE CAP 100MG .....	102	DESMOPRESSIN INJ 40/10ML .....	85	DIAZEPAM GEL 10MG .....	22
CYCLOSPORINE CAP 100MG MD .....	102	DESMOPRESSIN INJ 40/10ML .....	85	DIAZEPAM GEL 20MG .....	22
CYCLOSPORINE CAP 100MG MD .....	102	DESMOPRESSIN SPR 0.01% .....	85	DIAZEPAM SOL 5MG/5ML .....	46
CYCLOSPORINE EMU 0.05% OP .....	112	DESMOPRESSIN TAB 0.1MG .....	85	DIAZEPAM TAB 2MG .....	46
CYCLOSPORINE SOL MODIFIED .....	102	DESMOPRESSIN TAB 0.2MG .....	85	DIAZEPAM TAB 5MG .....	46
CYPROHEPTAD SYP 2MG/5ML .....	117	DESO/ETHINYL TAB EST RADIO .....	88	DIAZEPAM TAB 10MG .....	46
CYPROHEPTAD TAB 4MG .....	117	DESONIDE CRE 0.05% .....	83	DIAZEPAM TAB 10MG .....	46
CYRED EQ TAB .....	87	DESONIDE LOT 0.05% .....	83	DIAZOXIDE SUS 50MG/ML .....	48
CYRED TAB .....	87	DESONIDE OIN 0.05% .....	83	DICLOFENAC GEL 1% .....	11
CYSTAGON CAP 50MG .....	80	DESONIDE OIN 0.05% .....	83	DICLOFENAC GEL 37° .....	33
CYSTAGON CAP 150MG .....	80	DESOXIMETAS CRE 0.05% .....	83	DICLOFENAC SOL 0.1% OP .....	112
CYSTARAN SOL 0.44% .....	112	DESOXIMETAS CRE 0.25% .....	83	DICLOFENAC TAB 25MG DR .....	11
DALFAMPRIDIN TAB 10MG ER .....	68	DESOXIMETAS GEL 0.05% .....	83	DICLOFENAC TAB 50MG DR .....	11
DANAZOL CAP 50MG .....	87	DESOXIMETAS OIN 0.05% .....	83	DICLOFENAC TAB 75MG DR .....	11
DANAZOL CAP 100MG .....	87	DESOXIMETAS OIN 0.25% .....	83	DICLOFENAC TAB 100MG ER .....	11
DANAZOL CAP 200MG .....	87	DESOXIMETASO SPR 0.25% .....	83	DICLOFENAC TAB 100MG ER .....	11
DANTROLENE CAP 25MG .....	122	DESVENLAFAX TAB 25MG ER .....	26	DICLOFEN POT TAB 50MG .....	11
DANTROLENE CAP 50MG .....	122	DESVENLAFAX TAB 50MG ER .....	26	DICLO/MISOPR TAB 50-02MG .....	10
DANTROLENE CAP 100MG .....	122	DESVENLAFAX TAB 100MG ER .....	26	DICLO/MISOPR TAB 75-0.2MG .....	11
DAPSONE TAB 25MG .....	32	DEXAMETHASON CON 1MG/ML .....	83	DICLOXACILL CAP 250MG .....	19
DAPSONE TAB 100MG .....	32	DEXAMETHASON ELX 0.5/5ML .....	83	DICLOXACILL CAP 500MG .....	19
DAPTACEL INJ .....	102	DEXAMETHASON SOL 0.5/5ML .....	83	DICYCLOMINE CAP 10MG .....	78
DARIFENACIN TAB 7.5MG .....	81	DEXAMETHASON TAB 0.5MG .....	83	DICYCLOMINE SOL 10MG/5ML .....	78
DARIFENACIN TAB 15MG .....	81	DEXAMETHASON TAB 0.75MG .....	83	DICYCLOMINE TAB 20MG .....	78
DARUNAVIR TAB 600MG .....	43	DEXAMETHASON TAB 1.5MG .....	83	DIFLORASONE ORE 0.05% .....	83
DARUNAVIR TAB 800MG .....	43	DEXAMETHASON TAB 2MG .....	83	DIFLUNISAL TAB 500MG .....	11
DAS ETTA TAB 1/35 .....	87	DEXAMETHASON TAB 4MG .....	83	DIFLUPREDNAT EMU 0.05% .....	112
DAS ETTA TAB 7/7/7 .....	87	DEXAMETHASON TAB 6MG .....	83	DIGITEK TAB 0.25MG .....	58
DAYBUE SOL 200MG/ML .....	68	DEXAMETHASON TAB IMG .....	83	DIGITEK TAB 0.125MG .....	58
DAYSEE TAB .....	87	DEXAMETHASON TAB IMG .....	83	DIGOXIN SOL 50MCG/ML .....	58
DEBLITANE TAB 0.35MG .....	87	DEXAMETH PHO SOL 0.1% OP .....	112	DIGOXIN TAB 0.25MG .....	58
DEFERASIROX GRA 90MG .....	73	DEXCOM G6 MIS RECEIVER .....	108	DIGOXIN TAB 0.125MG .....	58
DEFERASIROX GRA 180MG .....	73	DEXCOM G6 MIS SENSOR .....	108	DIGOXIN TAB 0.0625MG .....	58
DEFERASIROX GRA 360MG .....	73	DEXCOM G6 MIS TRANSMIT .....	108	DIGOXIN TAB 0.25MG .....	58
DEFERASIROX TAB 90MG .....	73	DEXCOM G7 MIS RECEIVER .....	108	DIGOXIN TAB 0.125MG .....	58
DEFERASIROX TAB 125MG .....	73	DEXCOM G7 MIS SENSOR .....	108	DIHYDROERGOT INJ 1MG/ML .....	31
		DEXLANSOPRAZ CAP 30MG .....	78	DILANTIN CAP 30MG .....	22
		DEXLANSOPRAZ CAP 30MG DR .....	78	DILTIAZEM CAP 60MG ER .....	59

DILTIAZEM CAP 90MG ER.....	59	DONEPEZIL TAB 5MG.....	24	DUOPASUS 4.63-20.....	38
DILTIAZEM CAP 120MG ER.....	58	DONEPEZIL TAB 5MG ODT.....	24	DUPIXENT INJ 100/0.67.....	72
DILTIAZEM CAP 180MG/24.....	58	DONEPEZIL TAB 10MG.....	24	DUPIXENT INJ 200/1.14.....	72
DILTIAZEM CAP 180MG ER.....	58	DONEPEZIL TAB 10MG ODT.....	24	DUPIXENT INJ 200MG.....	72
DILTIAZEM CAP 240MG/24.....	58	DORZOLAMIDE SOL 2% OP.....	113	DUPIXENT INJ 300/2ML.....	72
DILTIAZEM CAP 240MG ER.....	58	DORZOL/TIMOL SOL 2%-0.5%.....	112	DUREX MIS REAL FEEL.....	108
DILTIAZEM CAP360MG CD.....	58	DORZOL/TIMOL SOL 2-0.5% OP.....	113	DUTASTERIDE CAP 0.5MG.....	81
DILTIAZEM CAP360MG ER.....	58	DOTTI DIS 0.1MG.....	88	DUTAST/TAMSU CAP 0.5-0.4.....	81
DILTIAZEM CAP 420MG/24.....	59	DOTTI DIS 0.05MG.....	88	EASY TOUCH MIS30G.....	109
DILTIAZEM CAP ZOOMG ER.....	58	DOTTI DIS 0.025MG.....	88	EC-NAPROXEN TAB 375MG.....	11
DILTIAZEM ER TAB 180MG.....	59	DOTTI DIS 0.075MG.....	88	EC-NAPROXEN TAB 500MG.....	11
DILTIAZEM ER TAB 240MG.....	59	DOTTI DIS 0.0375MG.....	88	ECONAZOLE ORE 1%.....	29
DILTIAZEM ER TAB 300MG.....	59	DOVATO TAB 50-300MG.....	43	ECONTRA EZ TAB 1.5MG.....	88
DILTIAZEM ER TAB 360MG.....	59	DOXAZOSIN TAB 2MG.....	59	ECONTRA OS TAB 1.5MG.....	88
DILTIAZEM ER TAB 420MG.....	59	DOXAZOSIN TAB 4MG.....	59	EDARBI TAB 40MG.....	59
DILTIAZEM TAB 30MG.....	59	DOXAZOSIN TAB 8MG.....	59	EDARBI TAB 80MG.....	59
DILTIAZEM TAB 60MG.....	59	DOXAZOSIN TAB IMG.....	59	EDARBYCLOR TAB 40-12.5.....	59
DILTIAZEM TAB 90MG.....	59	DOXEPIN HCL CAP 10MG.....	26	EDARBYCLOR TAB 40-25MG.....	59
DILTIAZEM TAB 120MG.....	59	DOXEPIN HCL CAP 25MG.....	26	EDURANT TAB 25MG.....	43
DILTIAZEM TAB 120MG ER.....	59	DOXEPIN HCL CAP 50MG.....	26	EFAVIRENZ CAP 50MG.....	43
DILTIAZEM TAB 240MG ER.....	59	DOXEPIN HCL CAP 75MG.....	26	EFAVIRENZ CAP 200MG.....	43
DILTIAZEM TAB 360MG ER.....	59	DOXEPIN HCL CAP 100MG.....	26	EFAVIRENZ TAB 600MG.....	43
DILTIAZEM TAB ZOOMG ER.....	59	DOXEPIN HCL CAP 150MG.....	26	EFFER-K TAB 10MEQ.....	74
DILT-XR CAP 120MG.....	59	DOXEPIN HCL CON 10MG/ML.....	26	EFFER-K TAB 20MEQ.....	74
DILT-XR CAP 180MG.....	59	DOXEPIN HCL CRE 5%.....	71	EFFER-K TAB 25MEQEF.....	74
DILT-XR CAP 240MG.....	59	DOXEPIN TAB 3MG.....	123	EGATEN TAB 250MG.....	37
DIMETHYL FUM CAP 120MG DR.....	69	DOXEPIN TAB 6MG.....	123	ELETRIPTAN TAB 20MG.....	31
DIMETHYL FUM CAP 240MG DR.....	69	DOXYCYCL HYC CAP 50MG.....	19	ELETRIPTAN TAB 40MG.....	31
DIMETHYL FUM CAP STARTER.....	69	DOXYCYCL HYC CAP 100MG.....	19	ELIGARD INJ 22.5MG.....	100
DIPENTUM CAP 250MG.....	107	DOXYCYCL HYC TAB 100MG.....	19	ELIGARD INJ 30MG.....	100
DIPHEN/ATROP LIO 2.5/5.....	78	DOXYCYCLINE SUS 25MG/5ML.....	19	ELIGARD INJ 45MG.....	100
DIPHEN/ATROP TAB 2.5MG.....	78	DOXYCYCLINE TAB 20MG.....	19	ELIGARD INJ 75MG.....	100
DIPHENHYDRAM ELX12.5/5ML.....	117	DOXYCYC MONO CAP 50MG.....	19	ELINEST TAB.....	88
DIPYRIDAMOLE TAB 25MG.....	53	DOXYCYC MONO CAP 100MG.....	19	ELIQUIS ST P TAB 5MG.....	53
DIPYRIDAMOLE TAB 50MG.....	53	DOXYCYC MONO TAB 50MG.....	19	ELIQUIS TAB 2.5MG.....	53
DIPYRIDAMOLE TAB 75MG.....	53	DOXYCYC MONO TAB 75MG.....	19	ELIQUIS TAB 5MG.....	53
DISOPYRAMIDE CAP 100MG.....	59	DOXYCYC MONO TAB 100MG.....	19	ELIXOPHYLLIN ELX80/15ML.....	117
DISOPYRAMIDE CAP 150MG.....	59	DOXYCYC MONO TAB 150MG.....	19	ELLA TAB 30MG.....	88
DISULFIRAM TAB 250MG.....	15	DRONABINOL CAP 2.5MG.....	28	ELMIRON CAP 100MG.....	81
DISULFIRAM TAB 500MG.....	15	DRONABINOL CAP 5MG.....	28	ELURYNG MIS.....	88
DIURILSUS 250/5ML.....	59	DRONABINOL CAP 10MG.....	28	EMCYT CAP 140 MG.....	33
DIVALPROEX CAP 125MG.....	22	DROS/ETH EST TAB LEVOMEFO.....	88	EMEND SUS 125MG.....	28
DIVALPROEX TAB 125MG DR.....	22	DROSPIRE/ETH TAB ESTR/LEV.....	88	EMGALITY INJ 100MG/ML.....	31
DIVALPROEX TAB 250MG DR.....	22	DROSPIR/ETHI TAB 3-0.02MG.....	88	EMGALITY INJ 120MG/ML.....	31
DIVALPROEX TAB 250MG ER.....	22	DROSPIR/ETHI TAB 3-0.03MG.....	88	EMOQUETTE TAB.....	88
DIVALPROEX TAB 500MG DR.....	22	DROXIA CAP 200MG.....	33	EMTR/TEN DF TAB 100-150.....	43
DIVALPROEX TAB 500MG ER.....	22	DROXIA CAP 400MG.....	33	EMTR/TEN DF TAB 133-200.....	43
DODEX INJ.....	73	DROXIA CAP ZOOMG.....	33	EMTR/TEN DF TAB 167-250.....	43
DOFETILIDE CAP 125MCG.....	59	DULOXETINE CAP 20MG.....	69	EMTR/TENOFOV TAB 200-300.....	43
DOFETILIDE CAP 250MCG.....	59	DULOXETINE CAP 30MG.....	69	EMZAHH TAB 0.35MG.....	88
DOFETILIDE CAP 500MCG.....	59	DULOXETINE CAP 60MG.....	69	ENALAPR/HCTZ TAB 5-12.5MG.....	59
DOLISHALE TAB 90-20MCG.....	88	DUOBRII LOT.....	72	ENALAPR/HCTZ TAB 10-25MG.....	59

ENALAPRIL TAB 2.5MG.....	59	ERYTHROM ETH SUS 200/5ML .....	19	ETODOLAC CAP 200MG .....	11
ENALAPRIL TAB 5MG .....	59	ERYTHROM ETH SUS 400/5ML.....	19	ETODOLAC CAP 300MG .....	11
ENALAPRIL TAB 10MG.....	59	ERYTHROM ETH TAB 400MG.....	19	ETODOLAC ER TAB 400MG.....	11
ENALAPRIL TAB 20MG .....	59	ERYTHROMYCIN CAP 250MG EC.....	19	ETODOLAC ER TAB 500MG.....	11
ENCARE SUP 100MG .....	81	ERYTHROMYCIN GEL 2% .....	72	ETODOLAC ER TAB 600MG.....	11
ENDOCET TAB 2.5-325.....	11	ERYTHROMYCIN OIN 5MG/GM .....	113	ETODOLAC TAB 400MG.....	11
ENDOCET TAB 5-325MG .....	11	ERYTHROMYCIN SOL 2% .....	72	ETODOLAC TAB 500MG.....	11
ENDOCET TAB 10-325MG.....	11	ERYTHROMYCIN TAB 250MG.....	19	ETONOGESTREL MIS ETHY EST .....	89
ENDOCET TAB 75-325.....	11	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS.....	19	ETOPOSIDE CAP 50MG.....	34
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML.....	102	ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC .....	19	ETRAVIRINE TAB 100MG .....	43
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML .....	102	ERYTHROMYCIN TAB 333MG EC.....	19	ETRAVIRINE TAB 200MG.....	43
ENILLORING MIS.....	88	ERYTHROMYCIN TAB 500MG .....	19	EUTHYROX TAB 25MCG .....	97
ENOXAPARIN INJ 30/0.3ML .....	53	ERYTHROMYCIN TAB 500MG BS .....	19	EUTHYROX TAB 50MCG.....	97
ENOXAPARIN INJ 40/0.4ML.....	53	ERYTHROMYCIN TAB 500MG EC.....	19	EUTHYROX TAB 75MCG.....	97
ENOXAPARIN INJ 60/0.6ML.....	53	ESCITALOPRAM SOL 5MG/5ML.....	26	EUTHYROX TAB 88MCG.....	97
ENOXAPARIN INJ 80/0.8ML.....	53	ESCITALOPRAM TAB 5MG .....	26	EUTHYROX TAB 100MCG .....	97
ENOXAPARIN INJ 80MG/0.8 .....	53	ESCITALOPRAM TAB 10MG.....	26	EUTHYROX TAB 112MCG.....	97
ENOXAPARIN INJ 100MG/ML .....	53	ESCITALOPRAM TAB 20MG .....	26	EUTHYROX TAB 125MCG.....	97
ENOXAPARIN INJ 120/0.8 .....	53	ESKATA SOL 40%.....	72	EUTHYROX TAB 137MCG .....	97
ENOXAPARIN INJ 150MG/ML.....	53	ESOMEPRA MAG CAP 20MG DR.....	78	EUTHYROX TAB 150MCG.....	97
ENOXAPARIN INJ 300/3ML.....	53	ESOMEPRA MAG CAP 40MG DR.....	78	EUTHYROX TAB 175MCG .....	97
ENPRESSE-28 TAB.....	88	ESTARYLLA TAB 0.25-35 .....	88	EUTHYROX TAB 200MCG.....	97
ENSKYCE TAB.....	88	ESTAZOLAM TAB 2MG.....	46	EVEROLIMUS TAB 2.5MG.....	34
ENTACAPONE TAB 200MG .....	38	ESTAZOLAM TAB IMG .....	46	EVEROLIMUS TAB 5MG.....	34
ENTECAVIR TAB 0.5MG .....	43	ESTRADIOL DIS 0.1MG .....	89	EVEROLIMUS TAB 7.5MG.....	34
ENTECAVIR TAB IMG .....	43	ESTRADIOL DIS 0.05MG .....	89	EVEROLIMUS TAB 10MG .....	34
ENTRESTO TAB 24-26MG.....	60	ESTRADIOL DIS 0.06MG .....	89	EXELDERM ORE 1%.....	29
ENTRESTO TAB 49-51MG.....	60	ESTRADIOL DIS 0.025MG.....	89	EXELDERM SOL 1%.....	29
ENTRESTO TAB 97-103MG .....	60	ESTRADIOL DIS 0.075MG.....	89	EXEMESTANE TAB 25MG.....	34
ENULOSE SOL 10GM/15.....	78	ESTRADIOL DIS 0.0375MG .....	89	EZETIMIBE TAB 10MG.....	60
EPINASTINE DRO 0.05%.....	113	ESTRADIOL ORE 0.01%.....	89	EZETIM/SIMVA TAB 10-10MG.....	60
EPINEPHRINE INJ 0.3MG.....	117	ESTRADIOL TAB 0.5MG.....	89	EZETIM/SIMVA TAB 10-20MG.....	60
EPINEPHRINE INJ 0.15MG.....	117	ESTRADIOL TAB 2MG .....	89	EZETIM/SIMVA TAB 10-40MG.....	60
EPITOL TAB 200MG .....	22	ESTRADIOL TAB 10MCG.....	89	EZETIM/SIMVA TAB 10-80MG.....	60
EPIVIR HBV SOL 5MG/ML .....	43	ESTRADIOL TAB IMG.....	89	FA-8 CAP 800MCG .....	74
EPLERENONE TAB 25MG.....	60	ESTRAD VAL INJ10MG/ML .....	89	FALMINA TAB .....	89
EPLERENONE TAB 50MG.....	60	ESTRAD VAL INJ 20MG/ML.....	89	FAMCICLOVIR TAB 125MG.....	43
EQUETRO CAP 100MG .....	46	ESTRAD VAL INJ 40MG/ML .....	89	FAMCICLOVIR TAB 250MG.....	43
EQUETRO CAP 200MG.....	46	ESTRA/NORETH TAB 0.5-0.1.....	88	FAMCICLOVIR TAB 500MG.....	43
EQUETRO CAP 300MG.....	46	ESTRA/NORETH TAB 1-0.5MG.....	88	FAMOTIDINE SUS 40MG/5ML.....	78
ERGOLOID MES TAB IMG ORAL .....	109	ESTRING MIS2MG .....	89	FAMOTIDINE TAB 20MG.....	78
ERGOMARSUB 2MG .....	31	ESTRING MIS 75/24HR.....	89	FAMOTIDINE TAB 40MG .....	78
ERGOT/CAFFEN TAB 1-100MG .....	31	ESZOPICLONE TAB 2MG .....	123	FARXIGA TAB 5MG .....	48
ERLEADA TAB 60MG.....	34	ESZOPICLONE TAB 3MG .....	123	FARXIGA TAB 10 MG.....	48
ERLEADA TAB 240MG .....	34	ESZOPICLONE TAB IMG .....	123	FAYOSIM TAB.....	89
ERLOTINIB TAB 25MG.....	34	ETHACRYNIC TAB ACD 25MG .....	60	FC2 FEMALE MIS CONDOM.....	109
ERLOTINIB TAB 100MG.....	34	ETHAMBUTOL TAB 100MG.....	32	FEBUXOSTAT TAB 40MG.....	31
ERLOTINIB TAB 150MG .....	34	ETHAMBUTOL TAB 400MG.....	32	FEBUXOSTAT TAB 80MG.....	31
ERRIN TAB 0.35MG .....	88	ETHOSUXIMIDE CAP 250MG .....	22	FELBAMATE SUS 600/5ML.....	22
ERY/BENZOYL GEL 3-5%.....	72	ETHOSUXIMIDE SOL 250/5ML.....	22	FELBAMATE TAB 400MG.....	22
ERY PAD 2%.....	72	ETHY ETH EST TAB 1-35.....	89	FELBAMATE TAB 600MG .....	22
ERYTHROCIN TAB 250MG.....	19	ETHYNODIOL TAB 1-50.....	89	FELODIPINE TAB 2.5MG ER.....	60



FELODIPINE TAB 5MG ER.....	60	FLUOCIN ACET OIL 0.01% SC .....	83	FLUVOXAMINE CAP 100MG ER.....	26
FELODIPINE TAB 10MG ER.....	60	FLUOCIN ACET OIL BODY .....	83	FLUVOXAMINE CAP 150MG ER.....	26
FEMCAP MIS 22MM.....	109	FLUOCIN ACET OIL EAR0.01% .....	115	FLUVOXAMINE TAB 25MG .....	26
FEMCAP MIS 26MM.....	109	FLUOCIN ACET OIL SCALP .....	83	FLUVOXAMINE TAB 50MG.....	26
FEMCAP MIS 30MM .....	109	FLUOCIN ACET OIN 0.025%.....	83	FLUVOXAMINE TAB 100MG.....	26
FEMYNOR TAB 0.25-35.....	89	FLUOCIN ACET ORE 0.01%.....	83	FLUZONE HD INJ 2023-24 .....	102
FENOFIBRATE CAP 67MG .....	60	FLUOCIN ACET ORE 0.025%.....	83	FLUZONE QUAD INJ 2023-24 .....	102
FENOFIBRATE CAP 134MG.....	60	FLUOCIN ACET SOL 0.01%.....	83	FOLIC ACID TAB 400MCG .....	74
FENOFIBRATE CAP 200MG.....	60	FLUOCINONIDE GEL 0.05% .....	83	FOLIC ACID TAB 800MCG .....	74
FENOFIBRATE TAB 48MG.....	60	FLUOCINONIDE OIN 0.05%.....	83	FOLIC ACID TAB 1000MCG .....	74
FENOFIBRATE TAB 54MG.....	60	FLUOCINONIDE ORE 0.05%.....	83	FOLIC ACID TAB IMG .....	74
FENOFIBRATE TAB 145MG.....	60	FLUOCINONIDE ORE E 0.05%.....	83	FOLIVANE-OB CAP .....	74
FENOFIBRATE TAB 160MG .....	60	FLUOCINONIDE SOL 0.05% .....	84	FONDAPARINUX INJ 2.5/0.5.....	53
FENOPROFEN TAB 600MG .....	11	FLUORIDE CHW 0.5MG F .....	74	FONDAPARINUX INJ 5/0.4ML.....	53
FENTANYL DIS 12MCG/HR.....	11	FLUORIDE CHW 0.25MG F .....	74	FONDAPARINUX INJ 10/0.8ML .....	53
FENTANYL DIS 25MCG/HR.....	11	FLUORIDE CHW IMG F .....	74	FONDAPARINUX INJ 75/0.6.....	53
FENTANYL DIS 50MCG/HR .....	11	FLUORI TAB DRO 0.125MG.....	74	FORMOTEROL NEB 20/2ML.....	118
FENTANYL DIS 75MCG/HR.....	11	FLUOROMETHOL SUS 0.1% OP .....	113	FOSAMPRENAVI TAB 700MG.....	43
FENTANYL DIS 100MCG/H.....	11	FLUOROURACIL ORE 0.5% .....	34	FOSFOMYCIN POW 3GM.....	19
FENTANYL OT LOZ 200MCG .....	11	FLUOROURACIL ORE 5% .....	34	FOSINOP/HCTZ TAB 10/12.5 .....	60
FENTANYL OT LOZ 400MCG .....	11	FLUOROURACIL SOL 2%.....	34	FOSINOP/HCTZ TAB 20/12.5.....	60
FENTANYL OT LOZ 600MCG .....	11	FLUOROURACIL SOL 5%.....	34	FOSINOPRIL TAB 10MG.....	60
FENTANYL OT LOZ 800MCG .....	11	FLUOXETINE CAP 10MG .....	26	FOSINOPRIL TAB 20MG .....	60
FENTANYL OT LOZ1200MCG .....	11	FLUOXETINE CAP 20MG.....	26	FOSINOPRIL TAB 40MG .....	60
FENTANYL OT LOZ 1600MCG.....	11	FLUOXETINE CAP 40MG.....	26	FOSRENOL POW 750MG.....	74
FESOTERODINE TAB 4MG ER .....	81	FLUOXETINE CAP 90MG DR.....	26	FOSRENOL POWIOOMG.....	74
FESOTERODINE TAB 8MG ER .....	81	FLUOXETINE SOL 20MG/5ML.....	26	FREESTYLE KIT SENSOR.....	109
FINASTERIDE TAB 5MG .....	81	FLUOXETINE TAB 10MG .....	26	FREESTYLE MIS READER .....	109
FINGOLIMOD CAP 0.5MG.....	69	FLUOXETINE TAB 20MG.....	26	FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR .....	109
FINZALA CHW FE1/20 .....	89	FLUPHENAZINE CON 5MG/ML .....	40	FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR .....	109
FLAC OIL 0.01%.....	115	FLUPHENAZINE ELX 2.5/5ML .....	40	FREESTY LIBR MIS 2 READER.....	109
FLAVOXATE TAB 100MG.....	81	FLUPHENAZINE TAB 2.5MG .....	40	FREESTY LIBR MIS 3 READER .....	109
FLECAINIDE TAB 50MG.....	60	FLUPHENAZINE TAB 5MG.....	40	FROVATRIPTAN TAB 2.5MG .....	31
FLECAINIDE TAB 100MG .....	60	FLUPHENAZINE TAB 10MG.....	40	FUROSEMIDE SOL 10MG/ML.....	60
FLECAINIDE TAB 150MG .....	60	FLUPHENAZINE TAB IMG .....	40	FUROSEMIDE SOL 40MG/5ML.....	60
FLEXICHAMBER MIS MASK SM .....	109	FLURANDRENOL LOT 0.05%.....	84	FUROSEMIDE TAB 20MG .....	60
FLUAD QUADRI INJ 2023-24.....	102	FLURAZEPAM CAP 15MG .....	123	FUROSEMIDE TAB 40MG .....	60
FLUBLOK QUAD INJ 2023-24.....	102	FLURAZEPAM CAP30MG.....	123	FUROSEMIDE TAB 80MG .....	60
FLUCLVX QUAD INJ 2023-24.....	102	FLURBIPROFEN SOL 0.03% OP.....	113	FUZEON INJ 90MG .....	43
FLUCONAZOLE SUS 10MG/ML.....	29	FLURBIPROFEN TAB 100MG.....	12	FYAVOLV TAB 0.5-2.5.....	89
FLUCONAZOLE SUS 40MG/ML.....	29	FLUTAMIDE CAP 125MG.....	34	FYAVOLV TAB 1-5 .....	89
FLUCONAZOLE TAB 50MG .....	30	FLUTICASONE OIN 0.005%.....	84	FYCOMPASUS 0.5MG/ML .....	22
FLUCONAZOLE TAB 100MG .....	29	FLUTICASONE ORE 0.05% .....	84	GABAPENTIN CAP 100MG .....	22
FLUCONAZOLE TAB 200MG.....	30	FLUTICASONE SPR 50MCG .....	118	GABAPENTIN CAP 400MG .....	22
FLUCONAZOLE TAB ISOMG .....	30	FLUTIC/SALME AER100/50 .....	117	GABAPENTIN CAP ZOOMG.....	22
FLUCYTOSINE CAP 250MG.....	30	FLUTIC/SALME AER 250/50 .....	117	GABAPENTIN SOL 250/5ML.....	22
FLUCYTOSINE CAP 500MG .....	30	FLUTIC/SALME AER 500/50 .....	117	GABAPENTIN TAB 600MG .....	22
FLUDROCORT TAB 0.1MG.....	83	FLUTIC/SALME INH 55/14 .....	118	GABAPENTIN TAB 800MG .....	22
FLULAVAL QUA INJ 2023-24.....	102	FLUTIC/SALME INH 113/14.....	118	GALANTAMINE CAP 8MG ER.....	24
FLUMIST QUAD SUS 2023-24 .....	102	FLUTIC/SALME INH 232/14.....	118	GALANTAMINE CAP 16MG ER.....	24
FLUNISOLIDE SPR 0.025%.....	117	FLUVASTATIN CAP 20MG.....	60	GALANTAMINE CAP 24MG ER.....	24
FLUOCIN ACET OIL 0.01%.....	83	FLUVASTATIN CAP 40MG .....	60	GALANTAMINE SOL 4MG/ML .....	24

GALANTAMINE TAB 4MG.....	24	GLYBURIDE TAB 1.25MG .....	48	HC/ACET ACID SOL OTIC.....	115
GALANTAMINE TAB 8MG.....	24	GLYBURIDE TAB 2.5MG .....	48	HC BUTYRATE OIN 0.1%.....	84
GALANTAMINE TAB 12MG.....	24	GLYBURIDE TAB 5MG.....	48	HC BUTYRATE ORE 0.1%.....	84
GALZINCAP 25MG.....	74	GLYBURID MCR TAB 3MG.....	48	HC BUTYRATE SOL 0.1%.....	84
GALZIN CAP 50MG.....	74	GLYBURID MOR TAB 1.5MG.....	48	HC PRAMOXINE CRE1-1%.....	107
GARDASIL 9 INJ.....	103	GLYBURID MOR TAB 6MG.....	48	HC VALERATE OIN 0.2%.....	84
GATIFLOXACIN SOL 0.5%.....	113	GLYCOLAX POW3350 NF.....	79	HC VALERATE ORE 0.2%.....	84
GAUZE PAD 2"X2".....	109	GLYCOPYRROL TAB 2MG.....	79	HEATHER TAB 0.35MG.....	90
GAVILAX POW.....	78	GLYCOPYRROL TAB IMG.....	79	HEPARIN SOD INJ 1000/ML.....	53
GAVILYTE-C SOL.....	78	GLYDO GEL 2%.....	15	HEPARIN SOD INJ 5000/0.5.....	53
GAVILYTE-G SOL.....	78	GNP GLUCOSE CHW 2GM.....	109	HEPARIN SOD INJ 5000/ML.....	53
GEFIUNIB TAB 250MG.....	34	GRANISETRON TAB IMG.....	28	HEPARIN SOD INJ 10000/ML.....	53
GEMFIBROZIL TAB 600MG.....	60	GRISEOFULVIN SUS 125/5ML.....	30	HEPARIN SOD INJ 20000/ML.....	53
GEMMILY CAP 1/20.....	90	GRISEOFULVIN TAB MICR500.....	30	HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML.....	103
GENERLAC SOL 10GM/15.....	78	GRISEOFULVIN TAB ULTR125.....	30	HIBERIX SOL 10MCG.....	103
GENGRAF CAP 25MG.....	103	GRISEOFULVIN TAB ULTR 250.....	30	HUMALOG INJ 100/ML.....	48
GENGRAF CAP 100MG.....	103	GUAIATUSS AC SYP 100-10/5.....	118	HUMALOG JR INJ 100/ML.....	48
GENGRAF SOL 100MG/ML.....	103	GUANFACINE TAB 2MG.....	60	HUMALOG KWIK INJ 100/ML.....	49
GENTAMICIN CRE 0.1%.....	19	GUANFACINE TAB 2MG ER.....	69	HUMALOG KWIK INJ 200/ML.....	49
GENTAMICIN OIN 0.1%.....	19	GUANFACINE TAB 3MG ER.....	69	HUMALOG MIX INJ 50/50.....	49
GENTAMICIN SOL 0.3% OP.....	113	GUANFACINE TAB 4MG ER.....	69	HUMALOG MIX INJ 50/50KWP.....	49
GENTAX OIN 0.3% OP.....	113	GUANFACINE TAB IMG.....	60	HUMALOG MIX INJ 75/25KWP.....	49
GENTLELAX POW.....	78	GUANFACINE TAB IMG ER.....	69	HUMALOG MIX SUS 75/25.....	49
GENVOYA TAB.....	43	GVOKE HYPO 1 INJ5/.1ML.....	48	HUMATIN CAP 250MG.....	20
GILTUSS TAB 10-388MG.....	118	GVOKE HYPO 1 INJ IM G/.2M L.....	48	HUMIRA INJ 10/0.1ML.....	103
GLATIRAMER INJ 40MG/ML.....	69	GVOKE KIT SOL 1MG/0.2M.....	48	HUMIRA INJ 20/0.2ML.....	103
GLATOPA INJ 20MG/ML.....	69	GVOKE PFS INJ.....	48	HUMIRA INJ 40/0.4ML.....	103
GLATOPA INJ 40MG/ML.....	69	GVOKE PFSINJ.....	48	HUMIRA KIT 40MG/0.8.....	103
GLATT RAMER INJ 20MG/ML.....	69	GYNAZOLE-1 ORE 2%.....	30	HUMIRA PEDIA INJ GROHNS.....	103
GLEOSHNE CAP 100MG.....	34	GYNOLHGEL37o.....	81	HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML.....	103
GLEOSTINE CAP 10MG.....	34	HADLIMA INJ 40/0.4ML.....	103	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8.....	103
GLEOSTINE CAP 40MG.....	34	HADLIMA INJ 40/0.8ML.....	103	HUMIRA PEN INJ 80/0.8ML.....	103
GLIMEPIRIDE TAB 2MG.....	48	HADLIMA PUSH INJ 40/0.4ML.....	103	HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS.....	103
GLIMEPIRIDE TAB 4MG.....	48	HADLIMA PUSH INJ 40/0.8ML.....	103	HUMIRA PEN INJ PS/UV.....	103
GLIMEPIRIDE TAB IMG.....	48	HAEGARDA INJ 2000 UNIT.....	103	HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS.....	104
GLIPIZIDE ER TAB 2.5MG.....	48	HAEGARDA INJ 3000 UNIT.....	103	HUMIRA PEN KIT PED UC.....	104
GLIPIZIDE ER TAB 5MG.....	48	HAILEY 24 TAB FE.....	90	HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	104
GLIPIZIDE ER TAB 10MG.....	48	HAILEY FE TAB 1.5/30.....	90	HUMULIN INJ 70/30.....	49
GLIPIZIDE TAB 2.5MG.....	48	HAILEY FE TAB 1/20.....	90	HUMULIN INJ 70/30KWP.....	49
GLIPIZIDE TAB 5MG.....	48	HAILEY TAB 1.5/30.....	90	HUMULIN N INJ U-100.....	49
GLIPIZIDE TAB 10MG.....	48	HALOBETASOL OIN 0.05%.....	84	HUMULIN N INJ U-100KWP.....	49
GLIP/METFORM TAB 2.5-250.....	48	HALOBETASOL ORE 0.05%.....	84	HUMULIN R INJ U-100.....	49
GLIP/METFORM TAB 2.5-250M.....	48	HALOETTE MIS.....	90	HUMULIN R INJ U-500.....	49
GLIP/METFORM TAB 2.5-500.....	48	HALOPERIDOL CON 2MG/ML.....	40	HYCAMUN CAP 0.25MG.....	34
GLIP/METFORM TAB 2.5-500M.....	48	HALOPERIDOL TAB 0.5MG.....	40	HYCAMUN CAP IMG.....	34
GLIP/METFORM TAB 5-500MG.....	48	HALOPERIDOL TAB 2MG.....	40	HYD POL/CPM SUS 10-8/5ML.....	118
GLUCAGON EMR SOL IMG.....	48	HALOPERIDOL TAB 5MG.....	40	HYDRALAZINE TAB 10MG.....	60
GLUCAGON KIT IMG.....	48	HALOPERIDOL TAB 10MG.....	40	HYDRALAZINE TAB 25MG.....	61
GLUCOSE BITS CHW1GM.....	109	HALOPERIDOL TAB 20MG.....	40	HYDRALAZINE TAB 50MG.....	61
GLYB/METFORM TAB 1.25-250.....	48	HALOPERIDOL TAB IMG.....	40	HYDRALAZINE TAB 100MG.....	60
GLYB/METFORM TAB 2.5-500.....	48	HAVRIX INJ 720UNIT.....	103	HYDROCHLOROT CAP 12.5MG.....	61
GLYB/METFORM TAB 5-500MG.....	48	HAVRIX INJ 1440UNIT.....	103	HYDROCHLOROT TAB 12.5MG.....	61



HYDROCHLOROT TAB 25MG .....	61	IBU TAB 600MG .....	12	INSULIN SYRG MIS 0.5/30G .....	109
HYDROCHLOROT TAB 50MG .....	61	IBU TAB 800MG .....	12	INSULIN SYRG MIS 0.5/31G .....	109
HYDROC/HOMAT TAB 5-1.5MG .....	118	ICATIBANT INJ 30MG/3ML .....	104	INSULIN SYRG MIS 0.5/32G .....	109
HYDROCO/APAP SOL 75-325 .....	12	ICLEVIA TAB .....	90	INSULIN SYRG MIS 1ML/27G .....	110
HYDROCO/APAP TAB 5-325MG .....	12	ICOSAPENTCAP 0.5GM .....	61	INSULIN SYRG MIS 1ML/28G .....	110
HYDROCO/APAP TAB 10-325MG .....	12	ICOSAPENTCAP1GM .....	61	INSULIN SYRG MIS 1ML/29G .....	110
HYDROCO/APAP TAB 75-325 .....	12	IMATINIB MES TAB 100MG .....	34	INSULIN SYRG MIS 1ML/30G .....	110
HYDROCOD/HOM SYP 5-1.5/5 .....	118	IMATINIB MES TAB 400MG .....	34	INSULIN SYRG MIS 1ML/31G .....	110
HYDROCOD/IBU TAB 5-200MG .....	12	IMBRUVICA CAP 70MG .....	34	INTELENCE TAB 25MG .....	43
HYDROCOD/IBU TAB 75-200 .....	12	IMBRUVICA CAP 140MG .....	34	INTROVALE TAB .....	90
HYDROCOD/IBU TAB 10-200MG .....	12	IMBRUVICA SUS 70MG/ML .....	34	INVELTYS SUS 1% .....	113
HYDROCODONE CAP 10MG ER .....	12	IMBRUVICA TAB 140MG .....	34	IOPIDINE SOL 1% OP .....	113
HYDROCODONE CAP 15MG ER .....	12	IMBRUVICA TAB 280MG .....	34	IPOL INJ INACTIVE .....	104
HYDROCODONE CAP 20MG ER .....	12	IMBRUVICA TAB 420MG .....	34	IPRATROPIUM SOL 0.02%INH .....	118
HYDROCODONE CAP 30MG ER .....	12	IMBRUVICA TAB 560MG .....	34	IPRATROPIUM/ SOL ALBUTER .....	118
HYDROCODONE CAP 40MG ER .....	12	IMIPRAM HCL TAB 10MG .....	26	IPRATROPIUM SPR 0.03% .....	118
HYDROCODONE CAP 50MG ER .....	12	IMIPRAM HCL TAB 25MG .....	26	IPRATROPIUM SPR 0.06% .....	118
HYDROCORT ENE 100MG .....	107	IMIPRAM HCL TAB 50MG .....	26	IRBESAR/HCTZ TAB 150-12.5 .....	61
HYDROCORTISO CRE 2.5% .....	107	IMIPRAM PAM CAP 75MG .....	27	IRBESAR/HCTZ TAB 300-12.5 .....	61
HYDROCORT LOT 2.5% .....	84	IMIPRAM PAM CAP 100MG .....	26	IRBESARTAN TAB 75MG .....	61
HYDROCORT OIN 1% .....	84	IMIPRAM PAM CAP 125MG .....	26	IRBESARTAN TAB 150MG .....	61
HYDROCORT OIN 2.5% .....	84	IMIPRAM PAM CAP 150MG .....	26	IRBESARTAN TAB 300MG .....	61
HYDROCORT ORE 2.5% .....	84	IMIQUIMOD CRE 5% .....	72	ISIBLOOM TAB .....	90
HYDROCORT TAB 5MG .....	84	INATAL GT TAB .....	74	ISONIAZID SYP 50MG/5ML .....	32
HYDROCORT TAB 10MG .....	84	INCASSIA TAB 0.35MG .....	90	ISONIAZID TAB 100MG .....	32
HYDROCORT TAB 20MG .....	84	INCRELEX INJ 40MG/4ML .....	85	ISONIAZID TAB 300MG .....	33
HYDROMET SYP 5-1.5/5 .....	118	INCRUSE ELPTINH 62.5MCG .....	118	ISOPTO ATROP SOL 1% OP .....	113
HYDROMORPHON LIO 1MG/ML .....	12	INDAPAMIDE TAB 1.25MG .....	61	ISOSO/HYDRAL TAB 20-37.5 .....	61
HYDROMORPHON TAB 2MG .....	12	INDAPAMIDE TAB 2.5MG .....	61	ISOSORB DIN TAB 5MG .....	61
HYDROMORPHON TAB 4MG .....	12	INDOMETHACIN CAP 25MG .....	12	ISOSORB DIN TAB 10MG .....	61
HYDROMORPHON TAB 8MG .....	12	INDOMETHACIN CAP 50MG .....	12	ISOSORB DIN TAB 20MG .....	61
HYDROMORPHON TAB 8MG ER .....	12	INDOMETHACIN CAP 75MG ER .....	12	ISOSORB DIN TAB 30MG .....	61
HYDROMORPHON TAB 12MG ER .....	12	INFANRIX INJ .....	104	ISOSORB MONO TAB 10MG .....	61
HYDROMORPHON TAB 16MG ER .....	12	INGREZZA CAP 40-80MG .....	69	ISOSORB MONO TAB 20MG .....	61
HYDROMORPHON TAB 32MG ER .....	12	INGREZZA CAP 40 MG .....	69	ISOSORB MONO TAB 30MG ER .....	61
HYDROXYCHLOR TAB 100MG .....	37	INGREZZA CAP 60MG .....	69	ISOSORB MONO TAB 60MG ER .....	61
HYDROXYCHLOR TAB 200MG .....	37	INGREZZA CAP 80MG .....	69	ISOSORB MONO TAB 120MG ER .....	61
HYDROXYUREA CAP 500MG .....	34	INS DEGL ELX INJ 200UNIT .....	49	ISOTRETINOIN CAP 10MG .....	72
HYDROXYZ HCL SYP10MG/5ML .....	46	INS DEGL PLX INJ 100UNIT .....	49	ISOTRETINOIN CAP 20MG .....	72
HYDROXYZ HCL TAB 10MG .....	46	INSPIREASE MIS DD SYST .....	109	ISOTRETINOIN CAP 30MG .....	72
HYDROXYZ HCL TAB 25MG .....	46	INSPIREASE MIS RES BAG .....	109	ISOTRETINOIN CAP 40MG .....	72
HYDROXYZ HCL TAB 50MG .....	46	INSULIN ASPA INJ 70/30 .....	49	ISRADIPINE CAP 2.5MG .....	61
HYDROXYZ PAM CAP 25MG .....	46	INSULIN DEGL INJ 100UNIT .....	49	ISRADIPINE CAP 5MG .....	61
HYDROXYZ PAM CAP 50MG .....	46	INSULIN LISP INJ 100/ML .....	49	ITRACONAZOLE CAP 100MG .....	30
HYDROXYZ PAM CAP 100MG .....	46	INSULIN LISP INJ JUNIOR .....	49	ITRACONAZOLE SOL 10MG/ML .....	30
HYPERSAL NEB 3.5% .....	118	INSULIN LISP INJ PROTAMIN .....	49	ITRACONAZOLE SOL 100/10ML .....	30
HYPERSAL NEB 7% .....	118	INSULIN SRYG MIS 1ML/32G .....	109	IVERMECTIN LOT 0.5% .....	37
IBANDRONATE TAB 150MG .....	108	INSULIN SYRG MIS 0.3/29G .....	109	IVERMECTIN ORE 1% .....	72
IBUPROFEN TAB 400MG .....	12	INSULIN SYRG MIS 0.3/30G .....	109	IVERMECTIN TAB 3MG .....	37
IBUPROFEN TAB 600MG .....	12	INSULIN SYRG MIS 0.3/31G .....	109	JAIMIESS TAB .....	90
IBUPROFEN TAB 800MG .....	12	INSULIN SYRG MIS 0.5/28G .....	109	JAKAFI TAB 5MG .....	34
IBU TAB 400MG .....	12	INSULIN SYRG MIS 0.5/29G .....	109	JAKAFI TAB 10MG .....	34

JAKAFI TAB 15M G.....	34	KLOR-CON M15 TAB 15MEQ ER.....	74	LASTACFT SOL 0.25%.....	113
JAKAFI TAB 20MG.....	34	KLOR-CON M20 TAB 20MEQ ER.....	74	LATANOPROST SOL 0.005%.....	113
JAKAFI TAB 25MG.....	34	KLOR-CON MIO TAB 10MEQ ER.....	74	LAYOLIS FE CHW.....	91
JANTOVEN TAB 2.5MG.....	54	KLOR-CON PAK20MEQ.....	74	LEDIP-SOFOSB TAB 90-400MG.....	43
JANTOVEN TAB 2MG.....	54	KOURZEQ PST 0.1%.....	70	LEENA TAB.....	91
JANTOVEN TAB 3MG.....	54	K-PRIME TAB 25MEQ EF.....	74	LEFLUNOMIDE TAB 10MG.....	104
JANTOVEN TAB 4MG.....	54	KRISTALOSE PAK10GM.....	79	LEFLUNOMIDE TAB 20MG.....	104
JANTOVEN TAB 5MG.....	54	KRISTALOSE PAK20GM.....	79	LENALIDOMIDE CAP 2.5MG.....	35
JANTOVEN TAB 6MG.....	54	KURVELO TAB 0.15/30.....	91	LENALIDOMIDE CAP 5MG.....	35
JANTOVEN TAB 75MG.....	54	KYLEENAIUD 19.5MG.....	91	LENALIDOMIDE CAP 10MG.....	35
JANTOVEN TAB 10MG.....	54	LABETALOL TAB 100MG.....	61	LENALIDOMIDE CAP 15MG.....	35
JANTOVEN TAB 1MG.....	54	LABETALOL TAB 200MG.....	61	LENALIDOMIDE CAP 20MG.....	35
JARDIANCE TAB 10MG.....	49	LABETALOL TAB 300MG.....	61	LENALIDOMIDE CAP 25MG.....	35
JARDIANCE TAB 25MG.....	49	LACOSAMIDE SOL 10MG/ML.....	22	LENVIMA CAP 4MG.....	35
JASMIEL TAB 3-0.02MG.....	90	LACOSAMIDE SOL 50/5ML.....	22	LENVIMA CAP 8 MG.....	35
JENCYCLA TAB 0.35MG.....	90	LACOSAMIDE SOL 50MG/5ML.....	22	LENVIMA CAP 10 MG.....	35
JENTADUETO TAB 2.5-500.....	49	LACOSAMIDE SOL 100/10ML.....	22	LENVIMA CAP 12MG.....	35
JENTADUETO TAB 2.5-850.....	49	LACOSAMIDE SOL 150/15ML.....	22	LENVIMA CAP 14 MG.....	35
JENTADUETO TAB 2.5-1000.....	49	LACOSAMIDE SOL 200/20ML.....	22	LENVIMA CAP 18 MG.....	35
JENTADUETO TAB XR.....	50	LACOSAMIDE TAB 50MG.....	22	LENVIMA CAP 20 MG.....	35
JINTELI TAB 1MG-5MCG.....	90	LACOSAMIDE TAB 100MG.....	22	LENVIMA CAP 24 MG.....	35
JOLESSA TAB.....	90	LACOSAMIDE TAB 150MG.....	22	LESSINA TAB.....	91
JOYEUX TAB 0.1-20.....	90	LACOSAMIDE TAB 200MG.....	22	LETROZOLE TAB 2.5MG.....	35
JULEBER TAB.....	90	LACTULOSE PAK10GM.....	79	LEUCOVOR CA TAB 5MG.....	35
JULUCA TAB 50-25MG.....	43	LACTULOSE SOL 10GM/15.....	79	LEUCOVOR CA TAB 10MG.....	35
JUNEL 1.5/30 TAB.....	90	LACTULOSE SOL 20/30ML.....	79	LEUCOVOR CA TAB 15MG.....	35
JUNEL1/20 TAB.....	90	LAGEVRIOCAP 200MG.....	110	LEUCOVOR CA TAB 25MG.....	35
JUNEL FE 24 TAB 1/20.....	90	LAMIVUDINE SOL 10MG/ML.....	43	LEUKERAN TAB 2MG.....	35
JUNEL FE TAB 1.5/30.....	90	LAMIVUDINE TAB 100MG.....	43	LEUPROLIDE INJ 1MG/0.2.....	100
JUNEL FE TAB 1/20.....	90	LAMIVUDINE TAB 150MG.....	43	LEUPROLIDE INJ 14 DAY.....	100
JYNNEOS INJ.....	104	LAMIVUDINE TAB 300MG.....	43	LEUPROLIDE KIT1MG/0.2.....	100
KAITLIB FE CHW.....	90	LAMIVUD/ZIDO TAB 150-300.....	43	LEUPROLIDE KIT 14 DAY.....	100
KALLIGA TAB.....	90	LAMOTRIGINE CHW 5MG.....	22	LEVALBUTEROL NEB 0.31MG.....	118
KARIVA TAB 28 DAY.....	90	LAMOTRIGINE CHW 25MG.....	22	LEVALBUTEROL NEB 0.63MG.....	118
KELNOR1/50 TAB.....	91	LAMOTRIGINE TAB 25MG.....	23	LEVALBUTEROL NEB 1.25/0.5.....	118
KELNOR TAB 1/35.....	91	LAMOTRIGINE TAB 100MG.....	23	LEVALBUTEROL NEB 1.25MG.....	118
KETOCONAZOLE ORE 2%.....	30	LAMOTRIGINE TAB 150MG.....	23	LEVEMIR INJ.....	50
KETOCONAZOLE SHA 2%.....	30	LAMOTRIGINE TAB 200MG.....	23	LEVEMIR INJ FLEXPEN.....	50
KETOCONAZOLE TAB 200MG.....	30	LANCET DEVIC MIS ADJUST.....	47	LEVEMIR INJ FLEXTOUC.....	50
KETO-DIASTIX TES.....	110	LANCETS MIS.....	47	LEVETIRACETA SOL 100MG/ML.....	23
KETOPROFEN CAP 25MG.....	12	LANSOPR/AMOX PAK/CLARITH.....	79	LEVETIRACETA SOL 500/5ML.....	23
KETOPROFEN CAP 50MG.....	12	LANSOPRAZOLE CAP 15MG DR.....	79	LEVETIRACETA TAB 250MG.....	23
KETOPROFEN CAP200MG ER.....	12	LANSOPRAZOLE CAP 30MG DR.....	79	LEVETIRACETA TAB 500MG.....	23
KETOROLAC SOL 0.4%.....	113	LANTHANUM CHW 500MG.....	75	LEVETIRACETA TAB 500MG ER.....	23
KETOROLAC SOL 0.5%.....	113	LANTHANUM CHW750MG.....	75	LEVETIRACETA TAB 750MG.....	23
KETOROLAC TAB 10MG.....	12	LANTHANUM CHW1000MG.....	74	LEVETIRACETA TAB 750MG ER.....	23
KIN RIX INJ.....	104	LARIN 24 TAB FE 1/20.....	91	LEVETIRACETA TAB 1000MG.....	23
KIPROFEN CAP 25MG.....	12	LARIN FE TAB 1.5/30.....	91	LEVOBUNOLOL SOL 0.5% OP.....	113
KLAYESTA POW100000.....	30	LARIN FE TAB 1/20.....	91	LEVOCARNITIN SOL 1GM/10ML.....	75
KLOR-CON 8 TAB 8MEQ ER.....	74	LARIN TAB 1.5/30.....	91	LEVOCARNITIN TAB 330MG.....	75
KLOR-CON 10 TAB 10MEQ ER.....	74	LARIN TAB 1/20.....	91	LEVOCETI RIZI SOL 2.5/5ML.....	118
KLOR-CON/EF TAB 25MEQ FR.....	74	LARISSIA TAB.....	91	LEVOCETIRIZI TAB 5MG.....	118

LEVO-ETH EST TAB 90-20MCG .....	91	LIDOCAINE GEL 27° JELLY .....	15	LOSARTAN POT TAB 50MG .....	62
LEVOFLOXACIN SOL 0.5% .....	113	LIDOCAINE PAD 57° .....	15	LOSARTAN POT TAB 100MG .....	62
LEVOFLOXACIN SOL 1.5% .....	113	LIDOCAINE SOL 27° ORAL .....	15	LOTEMAX OIN 0.5% .....	113
LEVOFLOXACIN SOL 25MG/ML .....	20	LIDOCAINE SOL 27° VISC .....	15	LOTEMAXSM GEL 0.38% .....	113
LEVOFLOXACIN TAB 250MG .....	20	LIDOCAINE SOL 47° .....	15	LOTEPREDNOL SUS 0.5% .....	113
LEVOFLOXACIN TAB 500MG .....	20	LIDOCA/TETRA CRE 7/77° .....	15	LOVASTATIN TAB 10MG .....	62
LEVOFLOXACIN TAB 750MG .....	20	LIDO/PRILOCN CRE 2.5-2.57° .....	15	LOVASTATIN TAB 20MG .....	62
LEVONEST TAB .....	91	LILETTAIUD 52MG .....	92	LOVASTATIN TAB 40MG .....	62
LEVONOR/ETHI TAB .....	91	LILLOW TAB 0.15/30 .....	92	LOW-OGESTREL TAB .....	92
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-0.02 .....	91	LINEZOLID SUS 100/5ML .....	20	LOXAPINE CAP 5MG .....	40
LEVONOR/ETHI TAB 0.1-20 .....	91	LINEZOLID TAB 600MG .....	20	LOXAPINE CAP 10MG .....	40
LEVONOR/ETHI TAB EST RADIO .....	91	LINZESS CAP 72MCG .....	79	LOXAPINE CAP 25MG .....	40
LEVONORGESTR TAB 1.5MG .....	91	LINZESS CAP 145MCG .....	79	LOXAPINE CAP 50MG .....	40
LEVORA-28 TAB 0.15/30 .....	91	LINZESSCAP 290MCG .....	79	LO-ZUMANDIMI TAB 3-0.02MG .....	92
LEVORPHANOL TAB 2MG .....	12	LIOTHYRONINE TAB 5MCG .....	98	LUBIPROSTONE CAP 8MCG .....	79
LEVORPHANOL TAB 3MG .....	13	LIOTHYRONINE TAB 25MCG .....	98	LUBIPROSTONE CAP 24MCG .....	79
LEVOTHYROXIN TAB 25MCG .....	98	LIOTHYRONINE TAB 50MCG .....	98	LULICONAZOLE ORE 1% .....	30
LEVOTHYROXIN TAB 50MCG .....	98	LISINOP/HCTZ TAB 10-12.5 .....	61	LUMIGAN SOL 0.01% .....	113
LEVOTHYROXIN TAB 75MCG .....	98	LISINOP/HCTZ TAB 20-12.5 .....	61	LURASIDONE TAB 20MG .....	40
LEVOTHYROXIN TAB 88MCG .....	98	LISINOP/HCTZ TAB 20-25MG .....	61	LURASIDONE TAB 40MG .....	40
LEVOTHYROXIN TAB 100MCG .....	97	LISINOPRIL TAB 2.5MG .....	61	LURASIDONE TAB 60MG .....	40
LEVOTHYROXIN TAB 112MCG .....	97	LISINOPRIL TAB 5MG .....	62	LURASIDONE TAB 80MG .....	40
LEVOTHYROXIN TAB 125MCG .....	98	LISINOPRIL TAB 10MG .....	61	LURASIDONE TAB 120MG .....	40
LEVOTHYROXIN TAB 137MCG .....	98	LISINOPRIL TAB 20MG .....	61	LUTERA TAB .....	92
LEVOTHYROXIN TAB 150MCG .....	98	LISINOPRIL TAB 30MG .....	61	LYLEQ TAB 0.35MG .....	92
LEVOTHYROXIN TAB 175MCG .....	98	LISINOPRIL TAB 40MG .....	61	LYLLANA DIS 0.1MG .....	92
LEVOTHYROXIN TAB 200MCG .....	98	LITHIUM CARB CAP 150MG .....	47	LYLLANA DIS 0.05MG .....	92
LEVOTHYROXIN TAB 300MCG .....	98	LITHIUM CARB CAP 300MG .....	47	LYLLANA DIS 0.025MG .....	92
LEVO-T TAB 25MCG .....	97	LITHIUM CARB CAP 600MG .....	47	LYLLANA DIS 0.075MG .....	92
LEVO-T TAB 50MCG .....	97	LITHIUM CARB TAB 300MG .....	47	LYLLANA DIS 0.0375MG .....	92
LEVO-T TAB 75MCG .....	97	LITHIUM CARB TAB 300MG ER .....	47	LYSODREN TAB 500MG .....	100
LEVO-T TAB 88 MCG .....	97	LITHIUM CARB TAB 450MG ER .....	47	LYZA TAB 0.35MG .....	92
LEVO-T TAB 100MCG .....	97	LITHIUM SOL 8MEQ/5ML .....	46	MAFENIDE ACE PAK 57° .....	20
LEVO-T TAB 112MCG .....	97	LOJAIMIESS TAB .....	92	MAG CITRATE SOL LEMON .....	79
LEVO-T TAB 125MCG .....	97	LOKELMA PAK 5GM .....	75	MALATHION LOT 0.5% .....	37
LEVO-T TAB 137MCG .....	97	LOKELMA PAK10GM .....	75	MARAVIROC TAB 150MG .....	44
LEVO-T TAB 150MCG .....	97	LO LOESTRIN TAB 1-10-10 .....	92	MARAVIROC TAB 300MG .....	44
LEVO-T TAB 175MCG .....	97	LOPERAMIDE CAP 2MG .....	79	MARLISSA TAB 0.15/30 .....	92
LEVO-T TAB 200MCG .....	97	LOPIN/RITON SOL 80-20/ML .....	43	MARPLAN TAB 10MG .....	27
LEVO-T TAB 300 MCG .....	97	LOPIN/RITON TAB 100-25MG .....	43	MASK VORTEX/MIS FROG .....	110
LEVOXYL TAB 25MCG .....	98	LOPIN/RITON TAB 200-50MG .....	44	MATULANECAP 50MG .....	35
LEVOXYL TAB 50MCG .....	98	LORAZEPAM CON 2MG/ML .....	46	MATZIM LA TAB 180MG/24 .....	62
LEVOXYL TAB 75MCG .....	98	LORAZEPAM TAB 0.5MG .....	46	MATZIM LA TAB 240MG/24 .....	62
LEVOXYL TAB 88 MCG .....	98	LORAZEPAM TAB 2MG .....	46	MATZIM LA TAB 300MG/24 .....	62
LEVOXYL TAB 100MCG .....	98	LORAZEPAM TAB IMG .....	46	MATZIM LA TAB 360M G/24 .....	62
LEVOXYL TAB 112MCG .....	98	LORBRENA TAB 25MG .....	35	MATZIM LA TAB 420M G/24 .....	62
LEVOXYL TAB 125MCG .....	98	LORBRENA TAB 100MG .....	35	MAXICOMFORT MIS 27GX1/2 .....	110
LEVOXYL TAB 137MCG .....	98	LORYNA TAB 3-0.02MG .....	92	MAXICOMFORT MIS 27GX1/2" .....	110
LEVOXYL TAB 150MCG .....	98	LOSARTAN/HCT TAB 50-12.5 .....	62	MECLIZINE TAB 25MG .....	28
LEVOXYL TAB 175MCG .....	98	LOSARTAN/HCT TAB 100-12.5 .....	62	MECLIZINE TAB 50MG .....	28
LEVOXYL TAB 200MCG .....	98	LOSARTAN/HCT TAB 100-25 .....	62	MECLOFEN SOD CAP 50MG .....	13
LEXIVA SUS 50MG/ML .....	43	LOSARTAN POT TAB 25MG .....	62	MECLOFEN SOD CAP 100MG .....	13

MEDROXYPRAC INJ 150MG/ML .....	92	METHENAM HIP TAB 1GM .....	20	M ETRO NIDAZO L GEL 0.75%.....	72
MEDROXYPR AC TAB 2.5MG .....	92	METHERGINE TAB 0.2MG .....	110	M ETRO NIDAZO L GEL 0.757°VAG .....	20
MEDROXYPR AC TAB 5MG.....	92	METHIMAZOLE TAB 5MG .....	101	M ETRO NIDAZO L LOT 0.75% .....	72
MEDROXYPR AC TAB 10MG .....	92	METHIMAZOLE TAB 10MG .....	101	M ETRONIDAZOL ORE 0.75%.....	72
MEFENAM ACID CAP 250MG .....	13	METHOCARBAM TAB 500MG .....	122	M ETRO NIDAZO L TAB 250MG .....	20
MEFLOQUINE TAB 250MG.....	37	METHOCARBAM TAB 750MG .....	122	M ETRO NIDAZO L TAB 500MG.....	20
MEGESTROL AC SUS 40MG/ML.....	92	METHOTREXATE INJ 1GM.....	104	MEXILETINE CAP 200MG.....	62
MEGESTROL AC SUS 400MG/10.....	92	METHOTREXATE INJ 1GM/40ML.....	104	MEXILETINE CAP 250MG.....	62
MEGESTROL AC SUS 800MG/20.....	92	METHOTREXATE INJ 25MG/ML .....	104	MEXILETINE CAP ISOMG .....	62
MEGESTROL AC TAB 20MG .....	92	METHOTREXATE INJ 50MG/2ML.....	104	MIBELAS 24 CHW FE.....	93
MEGESTROL AC TAB 40MG.....	92	METHOTREXATE INJ 250/10ML.....	104	MICONAZOLE 3 SUP 200MG.....	30
MEGESTROL SUS 625MG/5M.....	92	METHOTREXATE TAB 2.5MG .....	104	MICRGSTIN 24 TAB FE 1/20 .....	93
MELOXICAM TAB 7.5MG.....	13	METHOXSALEN CAP 10MG.....	72	MICROGESTIN TAB 1.5/30 .....	93
MELOXICAM TAB 15MG.....	13	METHSCOPOLAM TAB 2.5MG .....	79	MICROGESTIN TAB 1/20 .....	93
MELPHALAN TAB 2MG .....	35	METHSCOPOLAM TAB 5MG.....	79	MICROGESTIN TAB FE1.5/30.....	93
MEMANTINE HC SOL 2MG/ML .....	25	METHSUXIMIDE CAP 300MG.....	23	MICROGESTIN TAB FE 1/20 .....	93
MEMANTINE SOL 2MG/ML .....	24	METHYLDOPA TAB 250MG .....	62	MIDODRINE TAB 2.5MG.....	62
MEMANTINE TAB 5MG .....	24	METHYLDOPA TAB 500MG.....	62	MIDODRINE TAB 5MG .....	63
MEMANTINE TAB 10MG.....	24	METHYLERGON TAB 0.2MG .....	110	MIDODRINE TAB 10MG .....	62
MEMANTINE TAB HCL 5MG .....	24	METHYLPHENID SOL 5MG/5ML.....	69	MIFEPREX TAB 200MG.....	86
MEMANTINE TAB HCL10MG.....	24	METHYLPHENID SOL 10MG/5ML .....	69	MIFEPRISTONE TAB 200MG.....	86
MEMANTTITRA PAK 5-10MG .....	24	METHYLPHENID TAB 5MG.....	70	MIGERGOT SUP 2/100.....	31
MENQUADFI INJ.....	104	METHYLPHENID TAB 10MG .....	69	MIGLITOL TAB 25MG .....	50
MENTAX ORE 1%.....	30	METHYLPHENID TAB 10MG ER .....	69	MIGLITOL TAB 50MG.....	50
MENVEO INJ .....	104	METHYLPHENID TAB 18MG ER .....	69	MIGLITOL TAB 100MG .....	50
MENVEOSOL .....	104	METHYLPHENID TAB 20MG.....	69	MILI TAB 0.25/35.....	93
MEPROBAMATE TAB 200MG .....	46	METHYLPHENID TAB 20MG ER.....	69	MIMVEY TAB 1-0.5MG .....	93
MEPROBAMATE TAB 400MG .....	46	METHYLPHENID TAB 27MG ER.....	70	MINOCYCLINE CAP 50MG .....	20
MERCAPTOPUR TAB 50MG.....	35	METHYLPHENID TAB 36MG ER.....	70	MINOCYCLINE CAP 75MG.....	20
MERZEE CAP 1/20 .....	92	METHYLPHENID TAB 54MG ER.....	70	MINOCYCLINE CAP 100MG.....	20
MESALAMINE CAP 0.375GM.....	107	METHYLPRED TAB 4MG.....	84	MINOXIDIL TAB 2.5MG.....	63
MESALAMINE ENE 4GM.....	107	METHYLPRED TAB 8MG.....	84	MINOXIDIL TAB 10MG.....	63
MESALAMINE KIT 4GM.....	107	METHYLPRED TAB 16MG .....	84	MIRALAX POW3350 NF.....	79
MESALAMINE SUP 1000MG.....	107	METHYLPRED TAB 32MG .....	84	MIRENA IUD SYSTEM .....	93
MESALAMINE TAB 1.2GM.....	107	METHYLTESTOS CAP 10MG.....	92	MIRTAZAPINE TAB 75MG.....	27
MESNEX TAB 400MG.....	35	METOCLOPRAM SOL 5MG/5ML .....	29	MIRTAZAPINE TAB 15MG .....	27
METAXALONE TAB 400MG .....	122	METOCLOPRAM SOL 10/10ML.....	29	MIRTAZAPINE TAB 15MG ODT .....	27
METAXALONE TAB 800MG .....	122	METOCLOPRAM TAB 5MG.....	29	MIRTAZAPINE TAB 30MG .....	27
METFORMIN SOL 500/5ML.....	50	METOCLOPRAM TAB 10MG.....	29	MIRTAZAPINE TAB 30MG ODT .....	27
METFORMIN TAB 500MG .....	50	METOLAZONE TAB 2.5MG.....	62	MIRTAZAPINE TAB 45MG.....	27
METFORMIN TAB 500MG ER.....	50	METOLAZONE TAB 5MG.....	62	MIRTAZAPINE TAB 45MG ODT .....	27
METFORMIN TAB 750MG ER .....	50	METOLAZONE TAB 10MG .....	62	MISOPROSTOL TAB 100MCG.....	79
METFORMIN TAB 850MG .....	50	METOPRL/HCTZ TAB 50-25MG .....	62	MISOPROSTOL TAB 200MCG .....	79
METFORMIN TAB 1000MG.....	50	METOPRL/HCTZ TAB 100-25MG .....	62	MITOSOL KIT 0.2MG.....	113
METHADONE CON 10MG/ML.....	13	METOPRL/HCTZ TAB 100-50MG.....	62	M-M-RII INJ .....	104
METHADONE SOL 5MG/5ML.....	13	METOPROL SUC TAB 25MG ER.....	62	M-NATALPLUS TAB.....	75
METHADONE SOL 10MG/5ML.....	13	METOPROL SUC TAB 50MG ER.....	62	MODAFINIL TAB 100MG .....	123
METHADONE TAB 5MG .....	13	METOPROL SUC TAB 100MG ER.....	62	MODAFINIL TAB 200MG .....	122
METHADONE TAB 10MG.....	13	METOPROL SUC TAB 200MG ER.....	62	MODERNA INJ 6M0-11Y.....	104
METHAMPHETAM TAB 5MG .....	69	METOPROL TAR TAB 25MG.....	62	MOEXIPRIL TAB 15MG.....	63
METHAZOLAMID TAB 25MG.....	62	METOPROL TAR TAB 50MG .....	62	MOEXIPRIL TAB 75MG .....	63
METHAZOLAMID TAB 50MG.....	62	METOPROL TAR TAB 100MG.....	62	MOMETASONE OIN 0.1%.....	84



MOMETASONE ORE 0.1%.....	84	NAF IIF1NE CRE HCL 2%.....	30	NEULASTA KIT 6MG/0.6M.....	54
MOMETASONE SOL 0.1%.....	84	NAFRINSE CHW IMG F.....	75	NEVIRAPINE SUS 50MG/5ML.....	44
MOMETASONE SPR50MCG.....	118	NAFRINSE DRO 0.125MG.....	75	NEVIRAPINE TAB 200MG.....	44
MONDOXYNE NL CAP 100MG.....	20	NALOXONE HCLSPR4MG.....	16	NEW DAY TAB 1.5MG.....	93
MONO-LINYAH TAB 0.25-35.....	93	NALOXONE INJ 0.4MG/ML.....	16	NEXPLANON IMP 68MG.....	93
MONTELUKAST CHW 4MG.....	118	NALOXONE INJ 1MG/ML.....	16	NEXTSTELLIS TAB 3-14.2MG.....	93
MONTELUKAST CHW 5MG.....	119	NALOXONE INJ 2MG/2ML.....	16	NIACIN ER TAB 500MG.....	63
MONTELUKAST GRA4MG.....	119	NALOXONE INJ 4MG/10ML.....	16	NIACIN ER TAB 750MG.....	63
MONTELUKAST TAB 10MG.....	119	NALTREXONE TAB 50MG.....	16	NIACIN ER TAB 1000MG.....	63
MORPHINE SUL SOL 10/0.5ML.....	13	NAPROXEN DR TAB 375MG.....	13	NIACIN TAB 500MG.....	63
MORPHINE SUL SOL 10MG/5ML.....	13	NAPROXEN DR TAB 500MG.....	13	NIACIN TAB 500MG ER.....	63
MORPHINE SUL SOL 20MG/5ML.....	13	NAPROXEN SOD TAB 275MG.....	13	NIACOR TAB 500MG.....	63
MORPHINE SUL SOL 20MG/ML.....	13	NAPROXEN SOD TAB 550MG.....	13	NICARDIPINE CAP 20MG.....	63
MORPHINE SUL SOL 100/5ML.....	13	NAPROXEN SUS 125/5ML.....	13	NICARDIPINE CAP 30MG.....	63
MORPHINE SUL TAB 15MG.....	13	NAPROXEN TAB 250MG.....	13	NICODERM GO DIS 7MG/24HR.....	16
MORPHINE SUL TAB 15MG ER.....	13	NAPROXEN TAB 375MG.....	11	NICODERM GO DIS 14MG/24H.....	16
MORPHINE SUL TAB 30MG.....	13	NAPROXEN TAB 500MG.....	11	NICODERM GO DIS 21MG/24H.....	16
MORPHINE SUL TAB 30MG ER.....	13	NARATRIPTAN TAB 2.5MG.....	31	NICORETTE GUM 2MG.....	16
MORPHINE SUL TAB 60MG ER.....	13	NARATRIPTAN TAB IMG.....	31	NICORETTE GUM 4MG.....	16
MORPHINE SUL TAB 100MG ER.....	13	NARCANSPR4MG.....	16	NICORETTE LOZ 2MG MINT.....	16
MORPHINE SUL TAB 200MG ER.....	13	NATACYN SUS 5% OP.....	113	NICORETTE LOZ 4MG MINT.....	16
MOUNJARO INJ 2.5/0.5.....	50	NATALVIT TAB 75-1MG.....	75	NICOTINE DIS 7MG/24HR.....	16
MOUNJARO INJ 5MG/0.5.....	50	NATAZIA TAB.....	93	NICOTINE GUM 2MG.....	16
MOUNJARO INJ 7.5/0.5.....	50	NATEGLINIDE TAB 60MG.....	50	NICOTINE GUM 4MG.....	16
MOUNJARO INJ 10MG/0.5.....	50	NATEGLINIDE TAB 120MG.....	50	NICOTINE LOZ 2MG MINT.....	16
MOUNJARO INJ 12.5/0.5.....	50	NEBUSAL NEB 3%.....	119	NICOTINE LOZ4MG MINT.....	16
MOUNJARO INJ 15MG/0.5.....	50	NEBUSAL NEB 6%.....	119	NICOTINE SYS KITTRANSDER.....	16
MOXIFLOXACIN SOL 0.5%.....	113	NECON TAB 0.5/35.....	93	NICOTINE TD DIS 14MG/24H.....	16
MOXIFLOXACIN SOL HCL 0.5%.....	113	NEEDLE COLLE MIS DISPOSAL.....	110	NICOTINE TD DIS 21MG/24H.....	16
MOXIFLOXACIN TAB 400MG.....	20	NEFAZODONE TAB 50MG.....	27	NICOTROL INH.....	16
MULTAQ TAB 400MG.....	63	NEFAZODONE TAB 100MG.....	27	NICOTROL NS SPR10MG/ML.....	16
MUPIROCIN OIN 27°.....	20	NEFAZODONE TAB 150MG.....	27	NIFEDIPINE CAP 10MG.....	63
MUPIROCIN ORE 27°.....	20	NEFAZODONE TAB 200MG.....	27	NIFEDIPINE CAP 20MG.....	63
MYALEPT INJ 11.3MG.....	80	NEFAZODONE TAB 250MG.....	27	NIFEDIPINE TAB 30MG ER.....	63
MY CHOICE TAB 1.5MG.....	93	NEO/BAC/POLY OIN OP.....	113	NIFEDIPINE TAB 60MG ER.....	63
MYCOPHENOLAT CAP 250MG.....	104	NEOMYCIN TAB 500MG.....	20	NIFEDIPINE TAB 90MG ER.....	63
MYCOPHENOLAT SUS 200MG/ ML.....	104	NEONATAL PLS TAB 27-1MG.....	75	NIKKI TAB 3-0.02MG.....	93
MYCOPHENOLAT TAB 500MG.....	104	NEONATAL TAB COMPETE.....	75	NILUTAMIDE TAB 150MG.....	35
MYCOPHENOLIC TAB 180MG DR.....	104	NEONATAL TAB PLUS.....	75	NIMODIPINE CAP 30MG.....	63
MYCOPHENOLIC TAB 360MG DR.....	104	NEO/POLY/BAC OIN/HC 1% OP.....	113	NISOLDIPINE TAB 8.5MG ER.....	63
MYLERAN TAB 2MG.....	35	NEO/POLY/BAC OIN OP.....	113	NISOLDIPINE TAB 17MG ER.....	63
MYORISAN CAP 10MG.....	72	NEO-POLYCYN OIN HC 1% OP.....	114	NISOLDIPINE TAB 20MG ER.....	63
MYORISAN CAP 20MG.....	72	NEO-POLYCYN OIN OP.....	114	NISOLDIPINE TAB 25.5MG.....	63
MYORISAN CAP 30MG.....	72	NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP.....	113	NISOLDIPINE TAB 30MG ER.....	63
MYORISAN CAP 40MG.....	72	NEO/POLY/DEX SUS 0.1% OP.....	114	NISOLDIPINE TAB 34MG ER.....	63
MY WAY TAB 1.5MG.....	93	NEO/POLY/GRASOL OP.....	114	NISOLDIPINE TAB 40MG ER.....	63
NABUMETONE TAB 500MG.....	13	NEO/POLY/HC SOL 1% OTIC.....	115	NITAZOXANIDE TAB 500MG.....	37
NABUMETONE TAB 750MG.....	13	NEO/POLY/HC SUS 1% OTIC.....	115	NITRO-BID OIN 27°.....	63
NADOLOL TAB 20MG.....	63	NEO/POLY/HCSUS OP.....	114	NITRO-DUR DIS 0.3MG/HR.....	63
NADOLOL TAB 40MG.....	63	NEO-SYNALAR KIT.....	20	NITRO-DUR DIS 0.8MG/HR.....	63
NADOLOL TAB 80MG.....	63	NEO-SYNALAR ORE.....	20	NITROFURANTN CAP 100MG.....	20
NAF IIF1NE CRE HCL1%.....	30	NEULASTA INJ 6MG/0.6M.....	54	NITROFURANTN SUS 25MG/5ML.....	20

NITROFUR MAC CAP 25MG.....	20	NOVOFINE AUT MIS 30GX8MM.....	110	OLANZAPINE TAB 10MG.....	40
NITROFUR MAC CAP 50MG.....	20	NOVOFINE MIS 32GX6MM.....	110	OLANZAPINE TAB 10MG ODT.....	40
NITROFUR MAC CAP 100MG.....	20	NOVOFINE PLS MIS 32GX4MM.....	110	OLANZAPINE TAB 15MG.....	40
NITROGLYCER DIS 0.1MG/HR.....	63	NOVOPEN ECHO MIS.....	47	OLANZAPINE TAB 15MG ODT.....	40
NITROGLYCER DIS 0.2MG/HR.....	63	NOVOTWIST MIS 32GX5MM.....	110	OLANZAPINE TAB 20MG.....	40
NITROGLYCER DIS 0.4MG/HR.....	64	NP THYROID TAB 15MG.....	98	OLANZAPINE TAB 20MG ODT.....	40
NITROGLYCER DIS 0.6MG/HR.....	64	NP THYROID TAB 30MG.....	98	OLMESA MEDOX TAB 5MG.....	64
NITROGLYCERI OIN 0.47°.....	64	NP THYROID TAB 60MG.....	98	OLMESA MEDOX TAB 20MG.....	64
NITROGLYCERI SUB 0.6MG.....	64	NP THYROID TAB 90MG.....	98	OLMESA MEDOX TAB 40MG.....	64
NITROGLYCERN SUB 0.3MG.....	64	NP THYROID TAB 120MG.....	98	OLM MED/HCTZ TAB 20-12.5.....	64
NITROGLYCERN SUB 0.4MG.....	64	NUBEQA TAB Z00MG.....	35	OLM MED/HCTZ TAB 40-12.5.....	64
NITROMIST AER400MCG.....	64	NUCYNTA ER TAB 50MG.....	13	OLM MED/HCTZ TAB 40-25MG.....	64
NIVA-PLUS TAB.....	75	NUCYNTA ER TAB 100MG.....	13	OLOPATADINE DRO 0.1%.....	114
NIVA THYROID TAB 15MG.....	98	NUCYNTA ER TAB 150MG.....	13	OLOPATADINE SPR 0.6%.....	119
NIVA THYROID TAB 30MG.....	98	NUCYNTA ER TAB 200MG.....	13	OLUMIANT TAB 2MG.....	105
NIVA THYROID TAB 60MG.....	98	NUCYNTA ER TAB 250MG.....	13	OLUMIANT TAB 4MG.....	105
NIVA THYROID TAB 90MG.....	98	NYAMYC POW 100000.....	30	OLUMIANT TAB IMG.....	104
NIVA THYROID TAB 120MG.....	98	NYLIA TAB 1/35.....	94	OMEGA-3-ACID CAP 1GM.....	64
NIZATIDINE SOL 15MG/ML.....	79	NYLIA TAB 7/7/7.....	94	OMEPRAZOLE CAP 10MG.....	79
NOLIX LOT 0.05%.....	84	NYMYO TAB 0.25-35.....	94	OMEPRAZOLE CAP 20MG.....	79
NORA-BE TAB 0.35MG.....	93	NYSTATIN CRE 100000.....	30	OMEPRAZOLE CAP40MG.....	79
NORE/ETH/FER CAP 1/20.....	93	NYSTATIN OIN 100000.....	30	OMNIFLEX DPR.....	110
NORE/ETH/FER CHW 0.4MG-35.....	93	NYSTATIN OIN 100000U.....	30	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	110
NORELGE/ETHI DIS 150/35.....	93	NYSTATIN POW 100000.....	30	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	110
NOR/EST/FF TAB 1.5/30.....	93	NYSTATIN SUS 100000.....	30	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....	110
NORETH/ETHIN CHW FE.....	93	NYSTATIN TAB 500000.....	30	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	110
NORETH/ETHIN CHW FE 1/20.....	93	NYSTAT/TRIAM CRE.....	30	OMNITROPE INJ 5/1.5ML.....	85
NORETH/ETHIN TAB 0.5-2.5.....	93	NYSTAT/TRIAM OIN.....	30	OMNITROPE INJ 5.8MG.....	85
NORETH/ETHIN TAB 1.5/30.....	93	NYSTOP POW 100000.....	30	OMNITROPE INJ 10/1.5ML.....	85
NORETH/ETHIN TAB 1/20.....	94	OBSTETRIX EC TAB.....	75	ONDANSETRON SOL 4MG/5ML.....	29
NORETH/ETHIN TAB 1MG-5MCG.....	94	OBSTETRX ONE CAP 38-1-225.....	75	ONDANSETRON TAB 4MG.....	29
NORETH/ETHIN TAB FE.....	94	OCELLA TAB 3-0.03MG.....	94	ONDANSETRON TAB 4MG ODT.....	29
NORETH/ETHIN TAB FE 1/20.....	94	OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML.....	100	ONDANSETRON TAB 8MG.....	29
NORETHIN ACE TAB 5MG.....	94	OCTREOTIDE INJ 100MCG.....	100	ONDANSETRON TAB 8MG ODT.....	29
NORETHINDRON TAB 0.35MG.....	94	OCTREOTIDE INJ 200MCG.....	100	ONDANSETRON TAB 24MG.....	29
NORGEST/ETHI TAB 0.25/35.....	94	OCTREOTIDE INJ 500MCG.....	100	ONETOUCH KIT ULTRA 2.....	47
NORGEST/ETHI TAB EST RADIO.....	94	OCTREOTIDE INJ 1000MCG.....	100	ONETOUCH KIT VERIO FL.....	47
NORLYDA TAB 0.35MG.....	94	ODEFSEY TAB.....	44	ONETOUCH LIQ ULT CONT.....	47
NORLYROC TAB 0.35MG.....	94	OFLOXACIN DRO 0.3% OP.....	114	ONETOUCH TES ULTRA.....	47
NORPACE CAP 100MG CR.....	64	OFLOXACIN DRO 0.3%OTIC.....	115	ONETOUCH TES VERIO.....	47
NORPACE CAP 150MG CR.....	64	OFLOXACIN TAB 300MG.....	20	ONE VITE TAB IMG PLUS.....	75
NORTREE TAB 0.5/35.....	94	OFLOXACIN TAB 400MG.....	20	OPCICON TAB 1.5MG.....	94
NORTREL TAB 1/35.....	94	OILMAN OIN 0.3% OP.....	112	OPILL TAB 0.075MG.....	94
NORTREL TAB 7/7/7.....	94	OLANZA/FLUOX CAP 3-25MG.....	27	OPIUM TIN 10MG/ML.....	79
NORTRIPTY LIN CAP 10MG.....	27	OLANZA/FLUOX CAP 6-25MG.....	27	OPSUMIT TAB 10MG.....	119
NORTRIPTY LIN CAP 25MG.....	27	OLANZA/FLUOX CAP 6-50MG.....	27	OPTION 2 TAB 1.5MG.....	94
NORTRIPTY LIN CAP 50MG.....	27	OLANZA/FLUOX CAP 12-25MG.....	27	ORALONE DENT PST 0.1%.....	70
NORTRIPTYLIN CAP 75MG.....	27	OLANZA/FLUOX CAP 12-50MG.....	27	ORENITRAM TAB 0.25MG.....	119
NORTRIPTYLIN SOL 10MG/5ML.....	27	OLANZAPINE TAB 2.5MG.....	40	ORENITRAM TAB 0.125MG.....	119
NORVIR POW100MG.....	44	OLANZAPINE TAB 5MG.....	41	ORENITRAM TAB 2.5MG.....	119
NORVIRSOL80MG/ML.....	44	OLANZAPINE TAB 5MG ODT.....	41	ORENITRAM TAB 5MG.....	119
NOVAVAX INJ 2023-24.....	104	OLANZAPINE TAB 7.5MG.....	41	ORENITRAM TAB IMG.....	119



ORENITRAM TAB MONTH 1 .....	119	OXYMORPHONE TAB 30MG ER.....	14	PENTAMIDINE INH ZOOMG .....	37
ORENITRAM TAB MONTH 2 .....	119	OXYMORPHONE TAB 40MG ER.....	14	PENTAZ/NALOX TAB 50-0.5MG .....	14
ORENITRAM TAB MONTH 3 .....	119	OXYMORPHONE TAB HCL 5MG .....	14	PENTIPS MIS 29GX12MM .....	111
ORILISSA TAB 150MG .....	100	OXYMORPHONE TAB HCL 10MG.....	14	PENTIPS MIS 31GX5MM .....	111
ORILISSA TAB 200MG.....	100	OZEMPIC INJ 2/1.5ML .....	50	PENTIPS MIS 31GX8MM .....	111
ORKAMBIGRA 75-94MG.....	119	OZEMPIC INJ 2MG/3ML .....	50	PENTIPS MIS 32GX4MM.....	111
ORKAMBIGRA100-125 .....	119	OZEMPIC INJ 4MG/3ML .....	50	PENTOXIFYLLI TAB 400MG ER.....	64
ORKAMBIGRA150-188 .....	119	OZEMPIC INJ 8MG/3ML .....	50	PERINDOPRIL TAB 2MG .....	64
ORKAM BI TAB 100-125 .....	119	PALIPERIDONE TAB ER1.5MG .....	41	PERINDOPRIL TAB 4MG .....	64
ORKAMBI TAB 200-125.....	119	PALIPERIDONE TAB ER3MG .....	41	PERINDOPRIL TAB 8MG .....	64
ORPHENADRINE TAB 100MG ER.....	122	PALIPERIDONE TAB ER 6MG .....	41	PERIOGARD SOL 0.12%.....	70
ORSYTHIA TAB.....	94	PALIPERIDONE TAB ER9MG .....	41	PERMETHRIN ORE 5%.....	38
OSELTAMIVIR CAP 30MG .....	44	PANDEL ORE 0.1%.....	84	PERPHEN/AMIT TAB 2-10MG.....	27
OSELTAMIVIR CAP 45MG .....	44	PANTOPRAZOLE TAB 20MG.....	79	PERPHEN/AMIT TAB 2-25MG .....	27
OSELTAMIVIR CAP 75MG.....	44	PANTOPRAZOLE TAB 40MG.....	79	PERPHEN/AMIT TAB 4-10MG .....	27
OSELTAMIVIRSUS 6MG/ML .....	44	PARAGARD IU DT380A .....	110	PERPHEN/AMIT TAB 4-25MG .....	27
OSMOPREP TAB 1.5GM.....	79	PARICALCITOL CAP 1 MCG .....	108	PERPHEN/AMIT TAB 4-50MG.....	27
OSPHENA TAB 60MG .....	94	PARICALCITOL CAP 2 MCG.....	108	PERPHENAZINE TAB 2MG .....	29
OTEZLA TAB 10/20/30.....	105	PARICALCITOL CAP 4 MCG.....	108	PERPHENAZINE TAB 4MG .....	29
OTEZLA TAB 30MG .....	105	PAROXETIN ER TAB 12.5MG.....	27	PERPHENAZINE TAB 8MG .....	29
OTOVEL DRO.....	115	PAROXETIN ER TAB 375MG .....	27	PERPHENAZINE TAB 16MG.....	29
OXAPROZIN TAB 600MG .....	13	PAROXETINE SUS 10MG/5ML.....	27	PFIZER 5-11Y INJ 2023-24.....	105
OXAZEPAM CAP 10MG .....	46	PAROXETINE TAB 10MG .....	27	PFIZER 6M-4Y INJ 2023-24.....	105
OXAZEPAM CAP 15MG.....	46	PAROXETINE TAB 20MG.....	27	PHENAZOPYRID TAB 100MG.....	81
OXAZEPAM CAP 30MG.....	46	PAROXETINE TAB 25MG ER.....	27	PHENAZOPYRID TAB 200MG .....	81
OXCARBAZEPIN SUS300MG/5M.....	23	PAROXETINE TAB 30MG.....	27	PHENAZO TAB 200MG.....	81
OXCARBAZEPIN TAB 150MG.....	23	PAROXETINE TAB 40MG.....	27	PHENELZINE TAB 15MG .....	27
OXCARBAZEPIN TAB 300MG.....	23	PASERGRA4GM.....	33	PHENOBARB ELX20MG/5ML.....	23
OXCARBAZEPIN TAB 600MG .....	23	PAXLOVID TAB 150-100 .....	110	PHENOBARB SOL 20MG/5ML .....	23
OXYBUTYNIN SOL 5MG/5ML .....	81	PAXLOVID TAB 300-100 .....	110	PHENOBARB TAB 15MG .....	23
OXYBUTYNIN TAB 5MG.....	81	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	105	PHENOBARB TAB 16.2MG.....	23
OXYBUTYNIN TAB 5MG ER .....	81	PEDVAX HIB INJ .....	105	PHENOBARB TAB 30MG .....	23
OXYBUTYNIN TAB 10MG ER.....	81	PEG-3350/KCL SOL /SODIUM .....	80	PHENOBARB TAB 32.4MG.....	23
OXYBUTYNIN TAB 15MG ER .....	81	PEG-3350 SOL ELECTROL.....	79	PHENOBARB TAB 60MG .....	23
OXYCOD/APAP TAB 2.5-325.....	13	PEGASYSINJ.....	44	PHENOBARB TAB 64.8MG .....	23
OXYCOD/APAP TAB 5-325MG .....	14	PEGASYS INJ 180MCG/M.....	44	PHENOBARB TAB 100MG.....	23
OXYCOD/APAP TAB 7.5-325 .....	14	PEG/NASUL/C/SOL NA CL/POT .....	79	PHENOBARB TAB 972MG.....	23
OXYCOD/APAP TAB 10-325MG .....	13	PENBRAYA INJ.....	105	PHENOXYBENZA CAP 10MG.....	64
OXYCODONE CAP 5MG.....	14	PENICILLAMIN CAP 250MG.....	81	PHENTERMINE CAP 15MG.....	70
OXYCODONE CAP HCL5MG .....	14	PENICILLAMIN TAB 250MG.....	81	PHENTERMINE CAP 30MG .....	70
OXYCODONE CON 100/5ML.....	14	PENICILLN VKSOL125/5ML.....	20	PHENTERMINE CAP 375MG.....	70
OXYCODONE SOL 5MG/5ML.....	14	PENICILLN VKSOL250/5ML.....	20	PHENTERMINE TAB 375MG.....	70
OXYCODONE TAB 5MG.....	14	PENICILLN VK TAB 250MG.....	20	PHENYLEPHRIN SOL 2.5% OP.....	114
OXYCODONE TAB 10MG .....	14	PENICILLN VK TAB 500MG .....	20	PHENYLEPHRIN SOL 10% OP .....	114
OXYCODONE TAB 15MG.....	14	PEN NEEDLE MIS 29GX1/2".....	110	PHENYTEKCAP 200MG .....	23
OXYCODONE TAB 20MG.....	14	PEN NEEDLE MIS 29GX3/16 .....	110	PHENYTEKCAP 300MG.....	23
OXYCODONE TAB 30MG.....	14	PEN NEEDLE MIS 29GX5/16 .....	111	PHENYTOIN CHW50MG.....	23
OXYMORPHONE TAB 5MG ER.....	14	PEN NEEDLES MIS 29GX1/2".....	111	PHENYTOIN EX CAP 100MG.....	23
OXYMORPHONE TAB 7.5MG ER.....	14	PEN NEEDLES MIS 31GX1/4".....	111	PHENYTOIN EX CAP 200MG.....	23
OXYMORPHONE TAB 10MG ER .....	14	PEN NEEDLES MIS 31GX3/16 .....	111	PHENYTOIN EX CAP 300MG .....	23
OXYMORPHONE TAB 15MG ER.....	14	PEN NEEDLES MIS 31GX5/16.....	111	PHENYTOIN SUS 100/4ML.....	23
OXYMORPHONE TAB 20MG ER.....	14	PENTACEL INJ.....	105	PHENYTOIN SUS 125/5ML .....	23

PHEXXIGEL.....	111	POT CHLORIDE SOL 10%.....	75	PREGABALIN CAP 25MG.....	70
PHILITH TAB 0.4-35.....	94	POT CHLORIDE SOL 20%.....	75	PREGABALIN CAP 50MG.....	70
PHOSLYRASOL.....	75	POT CHLORIDE TAB 8MEQ ER.....	76	PREGABALIN CAP 75MG.....	70
PHOSPHOLINE SOL 0.125%OP.....	114	POT CHLORIDE TAB 10MEQ ER.....	75	PREGABALIN CAP 100MG.....	70
PHYTONADIONE TAB 5MG.....	75	POT CHLORIDE TAB 20MEQ ER.....	75	PREGABALIN CAP 200MG.....	70
PILOCARPINE SOL 1% OP.....	114	POT CITRA ER TAB 540MG.....	76	PREGABALIN CAP 225MG.....	70
PILOCARPINE SOL 2% OP.....	114	POT CITRA ER TAB 1080MG.....	76	PREGABALIN CAP300MG.....	70
PILOCARPINE SOL 4% OP.....	114	POT CITRA ER TAB 1620MG.....	76	PREGABALIN CAP ISOMG.....	70
PILOCARPINE TAB 5MG.....	70	POT CL MICRO TAB 10MEQ CR.....	76	PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML.....	105
PILOCARPINE TAB 75MG.....	71	POT CL MICRO TAB 10MEQ ER.....	76	PREMARIN VAG ORE 0.625MG.....	95
PIMECROLIMUS ORE 1%.....	72	POT CL MICRO TAB 15MEQ ER.....	76	PRENATAL 19 TAB 29-1MG.....	76
PIMOZIDE TAB 2MG.....	41	POT CL MICRO TAB 20MEO ER.....	76	PRENATAL TAB PLUS.....	76
PIMOZIDE TAB IMG.....	41	PRAMIPEXOLE TAB 0.5MG.....	39	PRENATAL-U CAP 106.5-1.....	76
PIMTREA TAB.....	94	PRAMIPEXOLE TAB 0.25MG.....	39	PRENATAL VIT TAB LOW IRON.....	76
PINDOLOL TAB 5MG.....	64	PRAMIPEXOLE TAB 0.75MG.....	39	PRENATRIX TAB.....	76
PINDOLOL TAB 10MG.....	64	PRAMIPEXOLE TAB 0.125MG.....	39	PRENATRYL TAB.....	76
PIOGLITA/MET TAB 15-500MG.....	50	PRAMIPEXOLE TAB 1.5MG.....	39	PREPIDIL GEL 0.5MG/3G.....	86
PIOGLITA/MET TAB 15-850MG.....	50	PRAMIPEXOLE TAB IMG.....	39	PREPLUS TAB 27-1MG.....	76
PIOGLITAZONE TAB 15MG.....	50	PRASUGREL TAB 5MG.....	54	PREVALITE POW4GM.....	64
PIOGLITAZONE TAB 30MG.....	50	PRASUGREL TAB 10MG.....	54	PREVALITE POW4GM PK.....	64
PIOGLITAZONE TAB 45MG.....	50	PRAVASTATIN TAB 10MG.....	64	PREVIFEM TAB.....	95
PIQRAY200MG TAB DOSE.....	35	PRAVASTATIN TAB 20MG.....	64	PREVNAR20 INJ.....	105
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	35	PRAVASTATIN TAB 40MG.....	64	PREZISTASUS100MG/ML.....	44
PIQRAY300MG TAB DOSE.....	35	PRAVASTATIN TAB 80MG.....	64	PRIFTIN TAB 150MG.....	33
PIRFENIDONE CAP 267MG.....	119	PRAZQUANTEL TAB 600MG.....	38	PRIMAQUINE TAB 26.3MG.....	38
PIRFENIDONE TAB 267MG.....	119	PRAZOSIN HCL CAP 2MG.....	64	PRIMIDONE TAB 50MG.....	23
PIRFENIDONE TAB 534MG.....	119	PRAZOSIN HCL CAP 5MG.....	64	PRIMIDONE TAB 125MG.....	23
PIRFENIDONE TAB 801MG.....	119	PRAZOSIN HCL CAP IMG.....	64	PRIMIDONE TAB 250MG.....	23
PIRM ELLA TAB 1/35.....	94	PRECISN XTRATES KETONE.....	111	PRIORIX INJ.....	105
PIRM ELLA TAB 7/7/7.....	94	PRED-G SUS OP.....	114	PROBEN/COLCH TAB 500-0.5.....	31
PIROXICAM CAP 10MG.....	14	PREDNICARBAT OIN 0.1%.....	84	PROBENECID TAB 500MG.....	31
PIROXICAM CAP 20MG.....	14	PREDNISOLONE SOL 10MG/5ML.....	84	PROCHLORPER TAB 5MG.....	29
PLAN B TAB 1.5MG.....	94	PREDNISOLONE SOL 15MG/5ML.....	84	PROCHLORPER TAB 10MG.....	29
PLENVUSOL.....	80	PREDNISOLONE SOL 20MG/5ML.....	84	PROCTOFOAM AER HC 1%.....	107
PLERIXAFOR INJ 24/1.2ML.....	54	PREDNISOLONE SOL 25MG/5ML.....	84	PROCTO-MED CRE HC 2.5%.....	107
PNEUMOVAX 23 INJ 25/0.5.....	105	PREDNISOLONE SUS 1% OP.....	114	PROCTOSOL HC CRE 2.5%.....	107
PNV-DHA CAP DOCUSATE.....	75	PREDNISOLONE TAB 5MG.....	85	PROCTOZONE CRE -HC 2.5%.....	107
PODOFILOX GEL 0.5%.....	72	PREDNISOLONE TAB 10MG ODT.....	84	PRODIGY AUTO KIT MONITOR.....	47
PODOFILOX SOL 0.5%.....	72	PREDNISOLONE TAB 15MG ODT.....	85	PRODIGY AUTO MIS SYSTEM.....	47
POLYCIN OIN OP.....	114	PREDNISOLONE TAB 30MG ODT.....	85	PRODIGY KIT NO CODIN.....	47
POLYETH GLYC POW3350 NF.....	80	PREDNISON CON 5MG/ML.....	85	PRODIGY NO TES CODING.....	47
POLYMYXIN B/ SOL TRIMETHP.....	114	PREDNISON PAK5MG.....	85	PRODIGY PCKT KIT METER.....	47
POMALYST CAP 2MG.....	35	PREDNISON PAK10MG.....	85	PRODIGY VOIC KIT METER.....	47
POMALYST CAP 3MG.....	35	PREDNISON SOL 5MG/5ML.....	85	PROGESTERONE CAP 100MG.....	95
POMALYST CAP 4MG.....	35	PREDNISON TAB 2.5MG.....	85	PROGESTERONE CAP 200MG.....	95
POMALYST CAP IMG.....	35	PREDNISON TAB 5MG.....	85	PROGESTERONE INJ 50MG/ML.....	95
PORTIA-28 TAB.....	94	PREDNISON TAB 10MG.....	85	PROMACTA PAK 25MG.....	54
POSACONAZOLE TAB 100MG DR.....	30	PREDNISON TAB 20MG.....	85	PROMACTA POW 12.5MG.....	54
POTASSIUM CH TAB 15MEQ.....	76	PREDNISON TAB 50MG.....	85	PROMACTA TAB 12.5MG.....	54
POT CHLORIDE CAP 8MEQ ER.....	75	PREDNISON TAB IMG.....	85	PROMACTA TAB 25MG.....	54
POT CHLORIDE CAP 10MEQ ER.....	75	PRED SOD PHO SOL 1% OP.....	114	PROMACTA TAB 50MG.....	54
POT CHLORIDE POW 20MEQ.....	75	PRED SOD PHO SOL 5MG/5ML.....	84	PROMACTA TAB 75MG.....	54

PROMETHAZINE SOL 6.25/5ML.....	120	QSYMIA CAP 15-92 MG.....	70	REPAGLINIDE TAB IMG.....	51
PROMETHAZINE SOL DM.....	120	QUADRACEL INJ 0.5ML.....	105	REPATHA INJ 140MG/ML.....	65
PROMETHAZINE SUP 12.5MG.....	120	QUAZEPAM TAB 15MG.....	46	REPATHA PUSH INJ 420/3.5.....	65
PROMETHAZINE SUP 25MG.....	120	QUETIAPINE TAB 25MG.....	41	REPATHA SURE INJ 140MG/ML.....	65
PROMETHAZINE SYP DM.....	120	QUETIAPINE TAB 50MG.....	41	RETACRIT INJ 2000UNIT.....	54
PROMETHAZINE TAB 12.5MG.....	120	QUETIAPINE TAB 50MG ER.....	41	RETACRIT INJ 3000UNIT.....	54
PROMETHAZINE TAB 25MG.....	120	QUETIAPINE TAB 100MG.....	41	RETACRIT INJ 4000UNIT.....	54
PROMETHAZINE TAB 50MG.....	120	QUETIAPINE TAB 150MG.....	41	RETACRIT INJ 10000UNT.....	54
PROMETH/COD SOL 6.25-10.....	119	QUETIAPINE TAB 150MG ER.....	41	RETACRIT INJ 20000UNI.....	54
PROMETHEGAN SUP 12.5MG.....	120	QUETIAPINE TAB 200MG.....	41	RETACRIT INJ 40000UNT.....	54
PROMETHEGAN SUP 25MG.....	120	QUETIAPINE TAB 200MG ER.....	41	REYATAZ POW 50MG.....	44
PROMETHEGAN SUP 50MG.....	120	QUETIAPINE TAB 300MG.....	41	REZVOGLAR INJ 100UT/ML.....	51
PROMETH/PE SYP 6.25-5/5.....	119	QUETIAPINE TAB 300MG ER.....	41	RIBAVIRIN CAP 200MG.....	44
PROMETH/PE/ SYP CODEINE.....	119	QUETIAPINE TAB 400MG.....	41	RIBAVIRIN TAB 200MG.....	44
PROMETH VC SYP 6.25-5/5.....	119	QUETIAPINE TAB 400MG ER.....	41	RIFABUTIN CAP 150MG.....	33
PROMETH VC/ SYP CODEINE.....	119	QUINAPRIL TAB 40MG.....	65	RIFAMPIN CAP 150MG.....	33
PROPAFENONE CAP 225MG ER.....	64	QUINAPRIL TAB 5MG.....	65	RIFAMPIN CAP Z00MG.....	33
PROPAFENONE CAP 325MG ER.....	64	QUINAPRIL TAB 10MG.....	65	RILUZOLE TAB 50MG.....	70
PROPAFENONE CAP 425MG ER.....	64	QUINAPRIL TAB 20MG.....	65	RIMANTADINE TAB 100MG.....	44
PROPAFENONE TAB 150MG.....	64	QUINIDINE GL TAB 324MG CR.....	65	RINVOQ TAB 15MG ER.....	105
PROPAFENONE TAB 225MG.....	64	QUINIDINE GL TAB 324MG ER.....	65	RINVOQ TAB 30MG ER.....	105
PROPAFENONE TAB 300MG.....	64	QUINIDINE SU TAB 200MG.....	65	RINVOQ TAB 45MG ER.....	105
PROPARACAINE SOL 0.5% OP.....	114	QUINIDINE SU TAB 300MG.....	65	RISEDRONATE TAB 5MG.....	108
PROPRANOLOL CAP 60MG ER.....	65	QUININE SULF CAP 324MG.....	38	RISEDRONATE TAB 30MG.....	108
PROPRANOLOL CAP 80MG ER.....	65	QVAR REDIIHA AER 80MCG.....	120	RISEDRONATE TAB 35MG.....	108
PROPRANOLOL CAP 120MG ER.....	65	QVAR REDIIHAL AER40MCG.....	120	RISEDRONATE TAB 150MG.....	108
PROPRANOLOL CAP 160MG ER.....	65	RABEPRAZOLE TAB 20MG.....	80	RISPERIDONE SOL 1MG/ML.....	41
PROPRANOLOL SOL 20MG/5ML.....	65	RADIOGARDASE CAP 0.5GM.....	111	RISPERIDONE TAB 0.5MG.....	41
PROPRANOLOL SOL 40MG/5ML.....	65	RALOXIFENE TAB 60MG.....	95	RISPERIDONE TAB 0.5MG OD.....	41
PROPRANOLOL TAB 10MG.....	65	RAMELTEON TAB 8MG.....	123	RISPERIDONE TAB 0.25MG.....	41
PROPRANOLOL TAB 20MG.....	65	RAMIPRIL CAP 1.25MG.....	65	RISPERIDONE TAB 0.25 ODT.....	41
PROPRANOLOL TAB 40MG.....	65	RAMIPRIL CAP 10MG.....	65	RISPERIDONE TAB 2MG.....	41
PROPRANOLOL TAB 60MG.....	65	RAMIPRIL CAP 2.5MG.....	65	RISPERIDONE TAB 2MG ODT.....	41
PROPRANOLOL TAB 80MG.....	65	RAMIPRIL CAP 5MG.....	65	RISPERIDONE TAB 3MG.....	41
PROPYLTHIOUR TAB 50MG.....	101	RANOLAZINE TAB 500MG ER.....	65	RISPERIDONE TAB 3MG ODT.....	41
PROQUAD INJ.....	105	RANOLAZINE TAB 1000MG.....	65	RISPERIDONE TAB 4MG.....	41
PROTRIPTYLIN TAB 5MG.....	27	RASAGILINE TAB 0.5MG.....	39	RISPERIDONE TAB 4MG ODT.....	41
PROTRIPTYLIN TAB 10MG.....	27	RASAGILINE TAB IMG.....	39	RISPERIDONE TAB IMG.....	41
PROVIDA OB CAP.....	76	RA URINARY TES TRACT IN.....	111	RISPERIDONE TAB IMG ODT.....	41
PULMOSAL NEB 77°.....	120	REACT TAB 1.5MG.....	95	RITONAVIR TAB 100MG.....	44
PULMOZYME SOL 1MG/ML.....	120	RECLIPSEN TAB.....	95	RIVASTIGMINE CAP 1.5MG.....	25
PYRAZINAMIDE TAB 500MG.....	33	RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5.....	105	RIVASTIGMINE CAP 3MG.....	25
PYRIDOSTIGMI SOL 60MG/5ML.....	32	RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML.....	105	RIVASTIGMINE CAP 4.5MG.....	25
PYRIDOSTIGMI TAB ER 180MG.....	32	RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML.....	105	RIVASTIGMINE CAP 6MG.....	25
PYRIDOSTIGM TAB 60MG.....	32	RECOTHROM SOL 5000UNIT.....	54	RIVASTIGMINE DIS 4.6MG/24.....	25
PYRIMETHAMIN TAB 25MG.....	38	RECOTHROM SOL 20000UNT.....	54	RIVASTIGMINE DIS 9.5MG/24.....	25
QNAPRIL/HCTZ TAB 10-12.5.....	65	REGANEX GEL 0.01%.....	72	RIVASTIGMINE DIS 13.3/24.....	25
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-12.5.....	65	RELENZA MIS DISKHALE.....	44	RIVELSA TAB.....	95
QNAPRIL/HCTZ TAB 20-25MG.....	65	RELISTOR INJ 8/0.4ML.....	80	RIZATRIPTAN TAB 5MG.....	32
QSYMIA CAP 3.75-23.....	70	RELISTOR INJ 12/0.6ML.....	80	RIZATRIPTAN TAB 5MG ODT.....	32
QSYMIA CAP 75-46MG.....	70	REPAGLINIDE TAB 0.5MG.....	50	RIZATRIPTAN TAB 10MG.....	31
QSYMIA CAP 11.25-69.....	70	REPAGLINIDE TAB 2MG.....	51	RIZATRIPTAN TAB 10MG ODT.....	31

ROFLUMILAST TAB 250MCG.....	120	SEVELAMER POW 2.4GM.....	76	SOLQUA INJ 100/33.....	51
ROFLUMILAST TAB 500MCG.....	120	SEVELAMER TAB 800MG.....	76	SOMAVERT INJ 10MG.....	100
ROPINIROLE TAB 0.5MG.....	39	SHAROBEL TAB 0.35MG.....	95	SOMAVERT INJ 15MG.....	100
ROPINIROLE TAB 0.25MG.....	39	SHINGRIX INJ 50/0.5ML.....	106	SOMAVERT INJ 20MG.....	100
ROPINIROLE TAB 2MG.....	39	SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML.....	100	SOMAVERT INJ 25MG.....	100
ROPINIROLE TAB 3MG.....	39	SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML.....	100	SOMAVERT INJ 30MG.....	101
ROPINIROLE TAB 4MG.....	39	SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML.....	100	SORAFENIB TAB 200MG.....	36
ROPINIROLE TAB 5MG.....	39	SILDENAFIL SUS 10MG/ML.....	120	SORINE TAB 80MG.....	66
ROPINIROLE TAB IMG.....	39	SILDENAFIL TAB 20MG.....	120	SORINE TAB 120MG.....	66
ROSUVASTATIN TAB 5MG.....	65	SILODOSIN CAP4MG.....	81	SORINE TAB 160MG.....	66
ROSUVASTATIN TAB 10MG.....	65	SILODOSIN CAP 8MG.....	81	SORINE TAB 240MG.....	66
ROSUVASTATIN TAB 20MG.....	65	SILVER SULFACRE 17°.....	20	SOTALOL AF TAB 80MG.....	66
ROSUVASTATIN TAB 40MG.....	65	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	114	SOTALOL AF TAB 120MG.....	66
ROTARIXSUS.....	105	SIM LIYA TAB 28 DAY.....	95	SOTALOL AF TAB 160MG.....	66
ROTATEQ SOL.....	105	SIMPESSE TAB.....	95	SOTALOL HCL TAB 80MG.....	66
ROWEEPR TAB 500MG.....	23	SIMPONI INJ 50/0.5ML.....	106	SOTALOL HCL TAB 120MG.....	66
ROZLYTREK CAP 100MG.....	36	SIM PONI INJ 100MG/ML.....	106	SOTALOL HCL TAB 160MG.....	66
ROZLYTREK CAP 200MG.....	36	SIMVASTATIN TAB 5MG.....	65	SOTALOL HCL TAB 240MG.....	66
ROZLYTREK PAK50MG.....	36	SIMVASTATIN TAB 10MG.....	65	SOTYLIZE SOL 5MG/ML.....	66
RUFINAMIDE SUS 40MG/ML.....	23	SIMVASTATIN TAB 20MG.....	65	SPIKEVAX INJ 50/0.5ML.....	106
RUFINAMIDE TAB 200MG.....	23	SIMVASTATIN TAB 40MG.....	65	SPINOSAD SUS 0.9%.....	38
RUFINAMIDE TAB 400MG.....	23	SIMVASTATIN TAB 80MG.....	65	SPIRIVA AER 1.25MCG.....	120
RYBELSUS TAB 3MG.....	51	SIROLIMUS TAB 0.5MG.....	106	SPIRIVA CAP HAN DIH LR.....	120
RYBELSUS TAB 7MG.....	51	SIROLIMUS TAB 2MG.....	106	SPIRIVA SPR2.5MCG.....	120
RYBELSUS TAB 14MG.....	51	SIROLIMUS TAB IMG.....	106	SPIRONO/HCTZ TAB 25/25.....	66
SAJAZIR INJ 30MG/3ML.....	105	SKYLAIUD 13.5MG.....	95	SPIRONOLACT TAB 25MG.....	66
SALSALATE TAB 500MG.....	14	SKYRIZI INJ 150DOSE.....	106	SPIRONOLACT TAB 50MG.....	66
SALSALATE TAB 750MG.....	14	SKYRIZI INJ 150MG/ML.....	106	SPIRONOLACT TAB 100MG.....	66
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML.....	105	SKYRIZI INJ 180/1.2.....	106	SPRINTEC 28 TAB 28 DAY.....	95
SANTYL OIN 250/GM.....	72	SKYRIZI INJ 360/2.4.....	106	SPS SUS 15GM/60.....	77
SAVELLA MIS TITR PAK.....	70	SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML.....	106	SRONYX TAB.....	95
SAVELLA TAB 12.5MG.....	70	SM GLUCOSE CHW SOURAPP.....	111	SSD CRE1%.....	21
SAVELLA TAB 25MG.....	70	SMZ-TMP DS TAB 800-160.....	21	STAVUDINE CAP 15MG.....	44
SAVELLA TAB 50MG.....	70	SMZ/TMP DS TAB 800-160.....	20	STAVUDINE CAP 20MG.....	44
SAVELLA TAB 100MG.....	70	SMZ-TMP SUS 200-40/5.....	20	STAVUDINE CAP 30MG.....	44
SAXAGLIPTIN TAB 2.5MG.....	51	SMZ-TMP TAB 400-80MG.....	21	STAVUDINE CAP 40MG.....	44
SAXAGLIPTIN TAB 5MG.....	51	SOD CHLORIDE NEB 0.9%.....	120	STELARA INJ 45MG/0.5.....	72
SCOPOLAMINE DIS 1MG/3DAY.....	29	SOD FLUORIDE CHW 0.5MG F.....	76	STELARA INJ 90MG/ML.....	72
SELEGILINE CAP 5MG.....	39	SOD FLUORIDE CHW 0.25MG F.....	76	STIOLTO AER 2.5-2.5.....	120
SELEGILINE TAB 5MG.....	39	SOD FLUORIDE CHW1.1MG.....	76	STIVARGA TAB 40MG.....	36
SELENIUM SUL LOT 2.5%.....	72	SOD FLUORIDE CHW2.2MG.....	76	ST JOSEPH CHW LOW 81MG.....	14
SELZENTRY SOL 20MG/ML.....	44	SOD FLUORIDE DRO 0.5MG/ML.....	77	STRIBILD TAB.....	44
SELZENTRY TAB 25MG.....	44	SOD FLUORIDE TAB 0.5MG F.....	77	STRIVE RDI AER 2.5MCG.....	120
SELZENTRY TAB 75MG.....	44	SOD FLUORIDE TAB IMG F.....	77	SUBVENITE TAB 25MG.....	24
SE-NATAL19 CHW.....	76	SODIUM CHLOR NEB 3%.....	120	SUBVENITE TAB 100MG.....	23
SE-NATAL19 TAB.....	76	SODIUM CHLOR NEB 7%.....	120	SUBVENITE TAB 150MG.....	23
SERTRALINE CON 20MG/ML.....	28	SODIUM CHLOR NEB 10%.....	120	SUBVENITE TAB 200MG.....	24
SERTRALINE TAB 25MG.....	28	SODIUM/POTAS SOL MAGNESIU.....	80	SUCRALFATE SUS 1GM/10ML.....	80
SERTRALINE TAB 50MG.....	28	SOD POLY SUL POW.....	77	SUCRALFATE TAB 1GM.....	80
SERTRALINE TAB 100MG.....	28	SOFOS/VELPAT TAB 400-100.....	44	SULCONAZOLE CRE 1%.....	30
SETLAKIN TAB.....	95	SOLIFENACIN TAB 5MG.....	81	SULCONAZOLE SOL 1%.....	30
SEVELAMER POW 0.8GM.....	76	SOLIFENACIN TAB 10MG.....	81	SULFACETAMID LOT 10%.....	72



SULFACET SOD OIN 10% OP.....	114	TACROLIMUS CAP 0.5MG.....	106	TENOFOVIR TAB 300MG.....	44
SULFACET SOD SOL 10% OP.....	114	TACROLIMUS CAP 5MG.....	106	TERAZOSIN CAP 2MG.....	82
SULFADIAZINE TAB 500MG.....	21	TACROLIMUS CAP IMG.....	106	TERAZOSIN CAP 5MG.....	82
SULFAMYLON CRE 85MG/GM.....	21	TACROLIMUS OIN 0.1%.....	72	TERAZOSIN CAP 10MG.....	82
SULFASALAZIN TAB 500MG.....	107	TACROLIMUS OIN 0.03%.....	72	TERAZOSIN CAP IMG.....	82
SULFASALAZIN TAB 500MG DR.....	107	TADALAFIL TAB 2.5MG.....	81	TERBINAFINE TAB 250MG.....	30
SULFATRIM PD SUS 200-40/5.....	21	TADALAFIL TAB 5MG.....	82	TERBUTALINE TAB 2.5MG.....	120
SULF/PREDNASOLOP.....	114	TADALAFIL TAB 20MG.....	120	TERBUTALINE TAB 5MG.....	120
SULINDAC TAB 150MG.....	14	TAFLUPROST SOL 0.0015%.....	114	TERCONAZOLE CRE 0.4%.....	30
SULINDAC TAB 200MG.....	14	TAKE ACTION TAB 1.5MG.....	95	TERCONAZOLE CRE 0.8%.....	31
SUMAT-NAPROX TAB 85-500MG.....	32	TALZENNA CAP 0.1MG.....	36	TERCONAZOLE SUP 80MG.....	31
SUMATRIPTAN INJ 4MG/0.5.....	32	TALZENNA CAP 0.5MG.....	36	TERIFLUNOMID TAB 7MG.....	70
SUMATRIPTAN INJ 6MG/0.5.....	32	TALZENNA CAP 0.25MG.....	36	TERIFLUNOMID TAB 14MG.....	70
SUMATRIPTAN INJ 6MG/.5ML.....	32	TALZENNA CAP 0.35MG.....	36	TESTOST CYP INJ 100MG/ML.....	95
SUMATRIPTAN SPR 5MG/ACT.....	32	TALZENNA CAP 0.75MG.....	36	TESTOST CYP INJ 200MG/ML.....	95
SUMATRIPTAN SPR20MG/ACT.....	32	TALZENNA CAP IMG.....	36	TESTOST ENAN INJ 200MG/ML.....	95
SUMATRIPTAN TAB 25MG.....	32	TAMOXIFEN TAB 10MG.....	36	TESTOSTERONE GEL 1.62%.....	95
SUMATRIPTAN TAB 50MG.....	32	TAMOXIFEN TAB 20MG.....	36	TETRABENAZIN TAB 12.5MG.....	70
SUMATRIPTAN TAB 100MG.....	32	TAMSULOSIN CAP 0.4MG.....	82	TETRABENAZIN TAB 25MG.....	70
SUNITINIB CAP 12.5MG.....	36	TARIN A 24 FE TAB.....	95	TETRACAINE SOL 0.5% OP.....	114
SUNITINIBCAP 25MG.....	36	TARINA FE TAB 1/20.....	95	TETRACYCLINE CAP 250MG.....	21
SUNITINIBCAP 50MG.....	36	TARINA FE TAB 1/20 EQ.....	95	TETRACYCLINE CAP 500MG.....	21
SUNITINIB CAP 375MG.....	36	TARON-C DHA CAP.....	77	TEXACORT SOL 2.5%.....	85
SUNOSI TAB 75MG.....	123	TASIMELTEON CAP 20MG.....	123	THALOMID CAP 50MG.....	36
SUNOSI TAB 150MG.....	123	TAYSOFY CAP 1/20.....	95	THALOMID CAP 100MG.....	36
SYEDA TAB 3-0.03MG.....	95	TAZAROTENE GEL 0.1%.....	73	THALOMID CAP 150MG.....	36
SYMJEPI INJ 0.3MG.....	120	TAZAROTENE GEL 0.05%.....	73	THALOMID CAP 200MG.....	36
SYMJEPI INJ 0.15MG.....	120	TAZAROTENE ORE 0.1%.....	72	THEO-24 CAP 100MG CR.....	120
SYMPROIC TAB 0.2MG.....	80	TAZTIA XT CAP 120MG/24.....	66	THEO-24 CAP 200MG CR.....	120
SYNAREL SOL 2MG/ML.....	101	TAZTIA XT CAP 180MG/24.....	66	THEO-24 CAP 300MG CR.....	120
SYNJARDY TAB.....	51	TAZTIA XT CAP 240MG/24.....	66	THEO-24 CAP 400MG ER.....	121
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	51	TAZTIA XT CAP 300MG ER.....	66	THEOPHYLLINE SOL 80/15ML.....	121
SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	51	TAZTIA XT CAP 360MG/24.....	66	THEOPHYLLINE TAB 100MG ER.....	121
SYNJARDY TAB 12.5-500.....	51	TDVAX INJ 2-2 LF.....	106	THEOPHYLLINE TAB 200MG ER.....	121
SYN JARDY XR TAB.....	51	TELMISA/HCTZ TAB 40-12.5.....	66	THEOPHYLLINE TAB 300MG ER.....	121
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	51	TELMISA/HCTZ TAB 80-12.5.....	66	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER.....	121
SYN JARDY XR TAB 10-1000.....	51	TELMISA/HCTZ TAB 80-25MG.....	66	THEOPHYLLINE TAB 450MG ER.....	121
SYN JARDY XR TAB 25-1000.....	51	TELMISARTAN TAB 20MG.....	66	THEOPHYLLINE TAB 600MG ER.....	121
SYNRIBO INJ 3.5MG.....	36	TELMISARTAN TAB 40MG.....	66	THIORIDAZINE TAB 10MG.....	41
SYNTH ROID TAB 25MCG.....	98	TELMISARTAN TAB 80MG.....	66	THIORIDAZINE TAB 25MG.....	41
SYNTH ROID TAB 50 MCG.....	98	TEMAZEPAM CAP 75MG.....	123	THIORIDAZINE TAB 50MG.....	41
SYNTH ROID TAB 75MCG.....	99	TEMAZEPAM CAP 15MG.....	123	THIORIDAZINE TAB 100MG.....	41
SYNTH ROID TAB 88MCG.....	99	TEMAZEPAM CAP 22.5MG.....	123	THIOTHIXENE CAP 2MG.....	42
SYNTH ROID TAB 100MCG.....	98	TEMAZEPAM CAP30MG.....	123	THIOTHIXENE CAP 5MG.....	42
SYNTH ROID TAB 112MCG.....	98	TEMOZOLOMIDE CAP 5MG.....	36	THIOTHIXENE CAP 10MG.....	41
SYNTH ROID TAB 125MCG.....	98	TEMOZOLOMIDE CAP 20MG.....	36	THIOTHIXENE CAP IMG.....	42
SYNTH ROID TAB 137MCG.....	98	TEMOZOLOMIDE CAP 100MG.....	36	THRIVE GUM 2MG MINT.....	16
SYNTH ROID TAB 150MCG.....	98	TEMOZOLOMIDE CAP 140MG.....	36	THRIVITE RX TAB 29-1MG.....	77
SYNTH ROID TAB 175MCG.....	98	TEMOZOLOMIDE CAP 180MG.....	36	THROMBIN-JMI KIT5000UNIT.....	54
SYNTH ROID TAB 200MCG.....	98	TEMOZOLOMIDE CAP 250MG.....	36	THROMBIN-JMI KIT20000UNT.....	54
SYNTH ROID TAB 300MCG.....	98	TENCON TAB 50-325MG.....	14	THROMBIN-JMI SOL 5000UNIT.....	54
TAB LOID TAB 40MG.....	36	TENIVAC INJ 5-2LF.....	106	THROMBIN-JMI SOL 20000UNT.....	54



THROMBIN KIT5000UNIT.....	54	TOBRADEX OIN 0.3-01%.....	115	TRIAMCINOLON OIN 0.025%.....	85
THYQUIDITY SOL 100MCG.....	99	TOBRAMYCIN SOL 0.3% OP.....	115	TRIAMCINOLON ORE 0.1%.....	85
THYROID TAB 15MG.....	98	TOBREX OIN 0.3% OP.....	115	TRIAMCINOLON ORE 0.5%.....	85
THYROID TAB 30MG.....	98	TODAY SPONGE MIS.....	82	TRIAMCINOLON ORE 0.025%.....	85
THYROID TAB 60MG.....	98	TOLCAPONE TAB 100MG.....	39	TRIAMCINOLON PST 0.1%.....	71
THYROID TAB 90MG.....	98	TOLMETIN SOD CAP 400MG.....	14	TRIAMCINOLON PST DEN 0.1%.....	71
THYROID TAB 120MG.....	98	TOLMETIN SOD TAB 600MG.....	14	TRIAMT/HCTZ CAP 375-25.....	67
TIADYLT CAP 120MG/24.....	66	TOLTERODINE CAP 2MG ER.....	82	TRIAMT/HCTZ TAB 375-25.....	67
TIADYLT CAP 180MG/24.....	66	TOLTERODINE CAP4MG ER.....	82	TRIAMT/HCTZ TAB 75-50MG.....	67
TIADYLT CAP 240MG/24.....	66	TOLTERODINE TAB 2MG.....	82	TRIAZOLAM TAB 0.25MG.....	46
TIADYLT CAP 300MG/24.....	66	TOLTERODINE TAB IMG.....	82	TRIAZOLAM TAB 0.125MG.....	46
TIADYLT CAP 360MG/24.....	66	TOPIRAMATE CAP 15MG.....	24	TRICARE TAB PRENATAL.....	77
TIADYLT CAP 420MG/24.....	66	TOPIRAMATE CAP 25MG.....	24	TRIDERM CRE 0.5%.....	85
TIAGABINE TAB 2MG.....	24	TOPIRAMATE TAB 25MG.....	24	TRIENTINE CAP 250MG.....	77
TIAGABINE TAB 4MG.....	24	TOPIRAMATE TAB 50MG.....	24	TRI-ESTARYLL TAB.....	96
TIAGABINE TAB 12MG.....	24	TOPIRAMATE TAB 100MG.....	24	TRI FEMYNOR TAB.....	95
TIAGABINE TAB 16MG.....	24	TOPIRAMATE TAB 200MG.....	24	TRIFLUOPERAZ TAB 2MG.....	42
TIMOLOL GEL SOL 0.5% OP.....	114	TOREMIFENE TAB 60MG.....	36	TRIFLUOPERAZ TAB 5MG.....	42
TIMOLOL GEL SOL 0.25% OP.....	114	TORSEMIDE TAB 5MG.....	67	TRIFLUOPERAZ TAB 10MG.....	42
TIMOLOL MALE SOL 0.5%.....	115	TORSEMIDE TAB 10MG.....	67	TRIFLUOPERAZ TAB IMG.....	42
TIMOLOL MAL SOL 0.5% OP.....	114	TORSEMIDE TAB 20MG.....	67	TRIFLURIDINE SOL 1% OP.....	115
TIMOLOL MAL SOL 0.25% OP.....	114	TORSEMIDE TAB 100MG.....	67	TRIHEXYPHEN SOL 0.4MG/ML.....	39
TIMOLOL MAL TAB 5MG.....	67	TRADJENTA TAB 5MG.....	51	TRIHEXYPHEN TAB 2MG.....	39
TIMOLOL MAL TAB 10MG.....	67	TRAMADL/APAP TAB 375-325.....	14	TRIHEXYPHEN TAB 5MG.....	39
TIMOLOL MAL TAB 20MG.....	67	TRAMADOL HCL TAB 50MG.....	15	TRI-LEGEST TAB FE.....	96
TINIDAZOLE TAB 250MG.....	21	TRAMADOL HCL TAB 100MG ER.....	14	TRI-LINYAH TAB.....	96
TINIDAZOLE TAB 500MG.....	21	TRAMADOL HCL TAB 200MG ER.....	14	TRI-LO-MILI TAB.....	96
TIOTROP BROM CAP 18MCG.....	121	TRAMADOL HCL TAB 300MG ER.....	14	TRI-LO TAB ESTARYLL.....	96
TIROSINT-SOL SOL 13MCG/ML.....	99	TRANDOLAPRIL TAB 2MG.....	67	TRI-LO- TAB MARZIA.....	96
TIROSINT-SOL SOL 25MCG/ML.....	99	TRANDOLAPRIL TAB 4MG.....	67	TRI-LO- TAB SPRINTEC.....	96
TIROSINT-SOL SOL44MCG/ML.....	99	TRANDOLAPRIL TAB IMG.....	67	TRIMETHOBENZ CAP 300MG.....	29
TIROSINT-SOL SOL 50MCG/ML.....	99	TRANEX ACID TAB 650MG.....	54	TRIMETHOPRIM SOL POLYMYXN.....	115
TIROSINT-SOL SOL 62.5/ML.....	99	TRANLYCYPROM TAB 10MG.....	28	TRIMETHOPRIM TAB 100MG.....	21
TIROSINT-SOL SOL 75MCG/ML.....	99	TRAVOPROST DRO 0.004%.....	115	TRI-MILI TAB.....	96
TIROSINT-SOL SOL 88MCG/ML.....	99	TRAZODONE TAB 50MG.....	28	TRIMIPRAMINE CAP 25MG.....	28
TIROSINT-SOL SOL 100MCG.....	99	TRAZODONE TAB 100MG.....	28	TRIMIPRAMINE CAP 50MG.....	28
TIROSINT-SOL SOL 112MCG.....	99	TRAZODONE TAB 150MG.....	28	TRIMIPRAMINE CAP 100MG.....	28
TIROSINT-SOL SOL 125MCG.....	99	TRAZODONE TAB 300MG.....	28	TRINATAL RX TAB 1.....	77
TIROSINT-SOL SOL 137MCG.....	99	TRECTOR TAB 250MG.....	33	TRINATE TAB.....	77
TIROSINT-SOL SOL 150MCG.....	99	TRELEGY AER 100MCG.....	121	TRI-NYMYO TAB.....	96
TIROSINT-SOL SOL 175MCG.....	99	TRELEGY AER 200MCG.....	121	TRI-SPRINTEC TAB.....	96
TIROSINT-SOL SOL 200MCG.....	99	TRESIBA FLEX INJ 100UNIT.....	51	TRIUM EQ TAB.....	45
TIROSINT-SOL SOL 375/ML.....	99	TRESIBA FLEX INJ 200UNIT.....	51	TRIVORA-28 TAB.....	96
TIVICAY TAB 10 MG.....	44	TRESIBA INJ 100UNIT.....	51	TRI-VYLIBRA TAB.....	96
TIVICAY TAB 25MG.....	44	TRETINOIN CAP 10MG.....	36	TRI-VYLIBRA TAB LO.....	96
TIVICAY TAB 50MG.....	44	TRETINOIN ORE 0.1%.....	73	TROSPIUM CHL CAP 60MG ER.....	82
TIZANIDINE CAP 2MG.....	122	TRETINOIN ORE 0.05%.....	73	TROSPIUM CL TAB 20MG.....	82
TIZANIDINE CAP 4MG.....	122	TRETINOIN ORE 0.025%.....	73	TRUEPLUS CHW GLUCOSE.....	111
TIZANIDINE CAP 6MG.....	122	TRIAMCINOLON LOT 0.1%.....	85	TRULICITY INJ 0.75/0.5.....	51
TIZANIDINE TAB 2MG.....	122	TRIAMCINOLON LOT 0.025%.....	85	TRULICITY INJ 1.5/0.5.....	51
TIZANIDINE TAB 4MG.....	122	TRIAMCINOLON OIN 0.1%.....	85	TRULICITY INJ 3/0.5.....	51
TOBRA/DEXAME SUS 0.3-01%.....	115	TRIAMCINOLON OIN 0.5%.....	85	TRULICITY INJ 4.5/0.5.....	51

TRUM ENBA INJ.....	106	VALSART/HCTZ TAB 80-12.5.....	67	VERAPAMIL TAB 40MG.....	67
TULANA TAB 0.35MG.....	96	VALSART/HCTZ TAB 160-12.5.....	67	VERAPAMIL TAB 80MG.....	67
TURALIO CAP 125MG.....	36	VALSART/HCTZ TAB 160-25MG.....	67	VERAPAMIL TAB 120MG.....	67
TURALIO CAP 200MG.....	37	VALSART/HCTZ TAB 320-12.5.....	67	VERAPAMIL TAB 120MG ER.....	67
TURQOZ TAB.....	96	VALSART/HCTZ TAB 320-25MG.....	67	VERAPAMIL TAB 180MG ER.....	67
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG.....	121	VANCOMYCIN CAP 125MG.....	21	VERAPAMIL TAB 240MG ER.....	67
TUZISTRA XR SUS.....	121	VANCOMYCIN CAP 250MG.....	21	VEREGEN OIN 15%.....	73
TWIN RIX INJ.....	106	VANCOMYCIN SOL 25MG/ML.....	21	VERZENIO TAB 50MG.....	37
TWIRLA DIS 120-30.....	96	VANCOMYCIN SOL 50MG/ML.....	21	VERZENIO TAB 100MG.....	37
TYBLUME CHW 0.1-0.02.....	96	VANCOMYCIN SOL 250/5ML.....	21	VERZENIO TAB 150MG.....	37
TYDEMY TAB.....	96	VANDAZOLE GEL 0.75%.....	21	VERZENIO TAB 200MG.....	37
TYMLOS INJ.....	108	VAQTA INJ 25/0.5ML.....	106	VESTLIRA TAB 3-0.02MG.....	96
TYVASO DPI POW16-32-48.....	121	VAQTA INJ 50UNT/ML.....	106	VIENVA TAB 0.1-20.....	96
TYVASO DPI POW 16-32MCG.....	121	VARENICLINE TAB 0.5& IMG.....	16	VIGABATRIN PAK 500MG.....	24
TYVASO DPI POW 16MCG.....	121	VARENICLINE TAB 0.5MG.....	16	VIGABATRIN TAB 500MG.....	24
TYVASO DPI POW 32-48MCG.....	121	VARENICLINE TAB IMG.....	16	VIGADRONE POW500MG.....	24
TYVASO DPI POW32MCG.....	121	VARIVAX INJ.....	106	VIGPODER POW 500MG.....	24
TYVASO DPI POW 48MCG.....	121	VARUBI TAB 90MG.....	29	VILAZODONE TAB 10MG.....	28
TYVASO DPI POW 64MCG.....	121	VAXELIS INJ.....	106	VILAZODONE TAB 20MG.....	28
TYVASO REFIL SOL 0.6MG/ML.....	121	VAXNEUVANCE INJ.....	106	VILAZODONE TAB 40MG.....	28
TYVASO SOL 0.6MG/ML.....	121	VCF VAGINAL GEL CONTRACE.....	82	VINATEH TAB.....	77
TYVASO START SOL 0.6MG/ML.....	121	VCF VAGINAL MIS CONTRACP.....	82	VINATE ONE TAB.....	77
UBRELVY TAB 50MG.....	32	VELIVET PAK.....	96	VIORELE TAB.....	96
UBRELVY TAB 100MG.....	32	VELPHORO CHW 500MG.....	77	VIRACEPT TAB 250MG.....	45
ULIA FE TAB.....	95	VELTASSA POW 8.4GM.....	77	VIRACEPT TAB 625MG.....	45
ULUCARE MIS 30GX3/16.....	111	VELTASSA POW 16.8GM.....	77	VITAMIN D CAP 1.25MG.....	77
UNITHROID TAB 25MCG.....	99	VELTASSA POW 25.2GM.....	77	VITAMIN D CAP 50000UNT.....	77
UNITHROID TAB 50MCG.....	99	VENCLEXTA TAB 10MG.....	37	VITATHELY TAB.....	77
UNITHROID TAB 75MCG.....	100	VENCLEXTA TAB 50MG.....	37	VITRAKVI CAP 25MG.....	37
UNITHROID TAB 88MCG.....	100	VENCLEXTA TAB 100MG.....	37	VITRAKVI CAP 100MG.....	37
UNITHROID TAB 100MCG.....	99	VENCLEXTA TAB START PK.....	37	VITRAKVI SOL 20MG/ML.....	37
UNITHROID TAB 112MCG.....	99	VENLAFAXINE CAP 375 ER.....	28	VOLNEA TAB.....	96
UNITHROID TAB 125MCG.....	99	VENLAFAXINE CAP 75MG ER.....	28	VORICONAZOLE SUS 40MG/ML.....	31
UNITHROID TAB 137MCG.....	99	VENLAFAXINE CAP 150MG ER.....	28	VORICONAZOLE TAB 50MG.....	31
UNITHROID TAB 150MCG.....	99	VENLAFAXINE TAB 25MG.....	28	VORICONAZOLE TAB 200MG.....	31
UNITHROID TAB 175MCG.....	99	VENLAFAXINE TAB 50MG.....	28	VRAYLAR CAP 1.5-3MG.....	42
UNITHROID TAB 200MCG.....	99	VENLAFAXINE TAB 75MG.....	28	VRAYLAR CAP 1.5MG.....	42
UNITHROID TAB 300MCG.....	99	VENLAFAXINE TAB 100MG.....	28	VRAYLAR CAP 3MG.....	42
URSODIOL CAP 300MG.....	80	VENLAFAXINE TAB 375MG.....	28	VRAYLAR CAP 4.5MG.....	42
URSODIOL TAB 250MG.....	80	VENTAVIS SOL 10MCG/ML.....	121	VRAYLAR CAP 6MG.....	42
URSODIOL TAB 500MG.....	80	VENTAVIS SOL 20MCG/ML.....	121	VYFEMLA TAB 0.4-35.....	96
UTI HOME TES TEST.....	111	VENTOLIN HFA AER.....	121	VYLIBRA TAB 0.25-35.....	96
VALACYCLOVIR TAB 1GM.....	45	VERAPAMIL CAP 100MG ER.....	67	WARFARIN TAB 2.5MG.....	55
VALACYCLOVIR TAB 500MG.....	45	VERAPAMIL CAP 120MG ER.....	67	WARFARIN TAB 2MG.....	55
VALGANCICLOV SOL 50MG/ML.....	45	VERAPAMIL CAP 120MG SR.....	67	WARFARIN TAB 3MG.....	55
VALGANCICLOV TAB 450MG.....	45	VERAPAMIL CAP 180MG ER.....	67	WARFARIN TAB 4MG.....	55
VALPROIC ACD CAP 250MG.....	24	VERAPAMIL CAP 180MG SR.....	67	WARFARIN TAB 5MG.....	55
VALPROIC ACV SOL 250/5ML.....	24	VERAPAMIL CAP 200MG ER.....	67	WARFARIN TAB 6MG.....	55
VALSARTAN TAB 40MG.....	67	VERAPAMIL CAP 240MG ER.....	67	WARFARIN TAB 10MG.....	54
VALSARTAN TAB 80MG.....	67	VERAPAMIL CAP 240MG SR.....	67	WARFARIN TAB 75MG.....	55
VALSARTAN TAB 160MG.....	67	VERAPAMIL CAP300MG ER.....	67	WARFARIN TAB IMG.....	55
VALSARTAN TAB 320MG.....	67	VERAPAMIL CAP 360MG SR.....	67	WERA TAB 0.5/35.....	96

WESNATAL DHA PAK COMPLETE.....	77	ZALEPLON CAP 5MG.....	123
WES TAB PLUS TAB 27-1MG.....	77	ZALEPLON CAP 10MG.....	123
WIDE-SEAL DPR KIT 60.....	111	ZARXIO INJ 300/0.5.....	55
WIDE-SEAL DPR KIT 65.....	111	ZARXIO INJ 480/0.8.....	55
WIDE-SEAL DPR KIT 70.....	111	ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6.....	52
WIDE-SEAL DPR KIT 75.....	111	ZELBORAF TAB 240MG.....	37
WIDE-SEAL DPR KIT 80.....	111	ZELNORM TAB 6MG.....	80
WIDE-SEAL DPR KIT 85.....	111	ZENATANE CAP 10MG.....	73
WIDE-SEAL DPR KIT 90.....	111	ZENATANE CAP 20MG.....	73
WIDE-SEAL DPR KIT 95.....	111	ZENATANE CAP 30MG.....	73
WILZIN CAP 25MG.....	77	ZENATANE CAP 40MG.....	73
WIXELA INHUB AER100/50.....	121	ZENPEPCAP3000UNIT.....	80
WIXELA INHUB AER 250/50.....	121	ZENPEP CAP 5000UNIT.....	81
WIXELA INHUB AER 500/50.....	122	ZENPEP CAP 10000UNT.....	80
WYMZYA FE CHW 0.4MG-35.....	97	ZENPEP CAP 15000UNT.....	80
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	55	ZENPEPCAP20000UNT.....	80
XARELTO SUS 1MG/ML.....	55	ZENPEPCAP25000UNT.....	80
XARELTO TAB 2.5MG.....	55	ZENPEP CAP 40000UNT.....	81
XARELTO TAB 10MG.....	55	ZENPEP CAP 60000UNT.....	81
XARELTO TAB 15MG.....	55	ZIDOVUDINE CAP 100MG.....	45
XARELTO TAB 20MG.....	55	ZIDOVUDINE SYP 50MG/5ML.....	45
XELJANZ SOL1MG/ML.....	107	ZIDOVUDINE TAB 300MG.....	45
XELJANZ TAB 5MG.....	107	ZILEUTON ER TAB 600MG.....	122
XELJANZ TAB 10MG.....	107	ZIPRASIDONE CAP 20MG.....	42
XELJANZ XR TAB 11MG.....	107	ZIPRASIDONE CAP 40MG.....	42
XELJANZ XR TAB 22MG.....	107	ZIPRASIDONE CAP 60MG.....	42
XELPROS EMU 0.005%.....	115	ZIPRASIDONE CAP 80MG.....	42
XEPI CRE 1%.....	21	ZIRGAN GEL 0.15%.....	115
XERMELO TAB 250MG.....	80	ZOLINZA CAP 100MG.....	37
XIFAXAN TAB 200MG.....	21	ZOLMITRIPTAN SPR2.5MG.....	32
XIFAXAN TAB 550MG.....	21	ZOLMITRIPTAN SPR5MG.....	32
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	51	ZOLMITRIPTAN TAB 2.5 MG.....	32
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	52	ZOLMITRIPTAN TAB 2.5MG.....	32
XIGDUOXR TAB 5-1000MG.....	52	ZOLMITRIPTAN TAB 5MG.....	32
XIGDUOXR TAB 10-500MG.....	51	ZOLMITRIPTAN TAB 5MG ODT.....	32
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	51	ZOLPIDEM TAB 5MG.....	123
XOLAIR INJ 75/0.5.....	122	ZOLPIDEM TAB 10MG.....	123
XOLAIR INJ 150MG/ML.....	122	ZONISAMIDE CAP 25MG.....	24
XOLAIR INJ 300/2ML.....	122	ZONISAMIDE CAP 50MG.....	24
XOSPATA TAB 40MG.....	37	ZONISAMIDE CAP 100MG.....	24
XTAMPZA ER CAP 9MG.....	15	ZOVIA 1/35 TAB.....	97
XTAMPZA ER CAP 13.5MG.....	15	ZUBSOLV SUB 0.7-0.18.....	16
XTAMPZA ER CAP 18MG.....	15	ZUBSOLV SUB 1.4-0.36.....	16
XTAMPZA ER CAP 27MG.....	15	ZUBSOLV SUB 2.9-0.71.....	16
XTAMPZA ER CAP 36MG.....	15	ZUBSOLV SUB 5.7-1.4.....	17
XULANE DIS 150-35.....	97	ZUBSOLV SUB 8.6-2.1.....	17
YOSPRALA TAB 81-40MG.....	55	ZUBSOLV SUB 11.4-2.9.....	16
YOSPRALA TAB 325-40MG.....	55	ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG.....	97
YUVAFEM TAB 10MCG.....	97	ZYKADIA TAB 150 MG.....	37
ZAFEMY DIS 150/35.....	97	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	115
ZAFIRLUKAST TAB 10MG.....	122		
ZAFIRLUKAST TAB 20MG.....	122		

# 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 مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، فيرجى 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 pagsasalín at mga tagapagsalín 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 નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. જો તમને મદદની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને ઉપરના નંબર પર અથવા તમારા હેલ્થ પ્લાન આઈડી કાર્ડ પરના સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો.

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

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

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

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

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

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

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





# Aviso de No Discriminación

La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no tiene un trato distinto con sus miembros por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. Si cree que recibió un trato injusto debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles.

**Por correo:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

**Correo Electrónico:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

Debe enviar una queja en un plazo no mayor de 60 días desde el incidente. Le enviaremos una decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para apelar.

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al **número gratuito 1-877-265-9199** o al número gratuito que se encuentra en la tarjeta de ID de su plan de salud (TTY/RTT 711). Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Este.

También, puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**En Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Teléfono:** Número gratuito **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

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

**United  
Healthcare**



Cobertura del plan médico 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, NJ, TN y WY; Optimum Choice, Inc. en MD y VA; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, 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 afiliadas.