



# Lista amplia de medicamentos

(Lista de medicamentos cubiertos)  
Planes de Medicamentos con Receta

## WellCare Classic (PDP)

**Por favor lea:** Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan.

**Nota para miembros actuales:** Esta lista de medicamentos ha cambiado desde el último año. Por favor revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma.

Los beneficiarios deben usar farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, la lista de medicamentos, las farmacias de la red, la prima y/o los copagos/coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2013.

Última actualización (08/2011)  
Archivo de la lista de medicamentos No. 12170  
Versión de la lista de medicamentos No. 6





**¡Siempre estamos a solo una llamada de distancia!**

Si usted está listo para inscribirse o tiene preguntas acerca de la inscripción, llame al 1-877-819-1150.

Si usted *ya* es un miembro, llame al número indicado a continuación.

<b>Planes de Medicamentos con Receta</b>	Classic/Signature.....	1-888-550-5252
	TTY .....	1-888-816-5252

El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. Entre el 2/15/12 y el 10/14/12, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. O visítenos en cualquier momento en [www.wellcarepdp.com](http://www.wellcarepdp.com).

## **¿Qué es la lista de medicamentos de WellCare?**

Una lista de medicamentos es un listado de medicamentos cubiertos seleccionados por WellCare en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud, que representa las terapias recetadas consideradas como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, WellCare cubrirá los medicamentos incluidos en nuestra lista, siempre que los mismos sean médicamente necesarios, que la receta sea dispensada en una farmacia de la red de WellCare, y que se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre cómo dispensar sus recetas, por favor consulte su Evidencia de Cobertura.

## **¿Puede cambiar la lista de medicamentos?**

Generalmente, si usted está tomando un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos para 2012 que estaba cubierto a principio de año, no descontinuaremos o reduciremos la cobertura del mismo durante el año de cobertura 2012, excepto cuando haya disponible un medicamento genérico nuevo y menos costoso, o en caso de que se publique información nueva acerca de efectos perjudiciales sobre la seguridad o efectividad del mismo. Otros tipos de cambios en la lista, tales como eliminar un medicamento de la misma, no afectarán a los miembros que actualmente lo estén tomando. El medicamento continuará estando disponible con el mismo costo compartido para aquellos miembros que lo tomen durante el resto del año de cobertura. Creemos que es importante que usted tenga acceso continuo durante el resto del año de cobertura a los medicamentos de la lista que estaban disponibles cuando usted eligió nuestro plan, excepto en casos en los que usted pueda ahorrar dinero adicional o que garanticemos su seguridad.

En caso de retirar medicamentos de nuestra lista, agregar requisitos de autorización previa, establecer límites de cantidad y/o restricciones a un medicamento de terapia escalonada, o cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido más elevado, tenemos la obligación de notificar el cambio a los miembros afectados al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el miembro solicite otro suministro de dicho medicamento, en cuya ocasión el miembro recibirá un suministro del medicamento para 60 días. Si la Administración de Medicamentos y Alimentos considera que uno de los medicamentos incluido en nuestra lista es inseguro o si el fabricante del mismo lo retira del mercado, nosotros lo retiraremos de nuestra lista inmediatamente y notificaremos a los miembros que están tomando dicho medicamento. La lista de medicamentos adjunta tiene vigencia desde 08/2011. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por WellCare, por favor visite nuestro sitio web en [www.wellcarepdp.com](http://www.wellcarepdp.com) o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono indicado para su estado/plan en la parte interior de la cubierta de esta lista de medicamentos.

Nosotros actualizamos nuestra lista de medicamentos impresa con cualquier cambio nuevo a través de un anexo mensual. Por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en [www.wellcarepdp.com](http://www.wellcarepdp.com) para más información.

## ¿Cómo utilizo la lista de medicamentos?

Existen dos maneras para buscar su medicamento en la lista:

### Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 1. Los medicamentos en esta lista están agrupados en categorías de acuerdo con el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca están incluidos en la categoría “Agentes Cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se utiliza el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque el nombre de su medicamento en dicha categoría.

### Listado por orden alfabético

Si usted no está seguro en qué categoría buscar el medicamento, búsquelo en el índice que comienza en la página 55. El índice provee una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos están enumerados en el índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Junto al medicamento verá el número de página donde podrá encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página indicada en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

WellCare cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o limitaciones adicionales. Estos requisitos y limitaciones pueden incluir:

- **Autorización previa:** WellCare requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener aprobación de WellCare antes de dispensar sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que WellCare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, WellCare limita la cantidad de medicamento que estará cubierta por WellCare. Por ejemplo, WellCare provee 9 tabletas para 31 días por receta para tabletas de 25 mg de *sumatriptán*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, WellCare requiere que usted pruebe primero determinados medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para tratar esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B pueden tratar su condición médica, es posible que WellCare no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe antes el medicamento A. Si el medicamento A no es adecuado para usted, WellCare cubrirá entonces el medicamento B.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o limitaciones adicionales consultando la lista de medicamentos que comienza en la página 1. También puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a los medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web en [www.wellcarepdp.com](http://www.wellcarepdp.com).

Usted puede solicitar a WellCare que haga una excepción a estas restricciones o limitaciones. Vea en esta página la sección “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de WellCare?” para información sobre cómo solicitar una excepción.

### **¿Qué sucede si mi medicamento no está incluido en la lista?**

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos, comuníquese primero con Servicio al Cliente y confirmar que su medicamento no está cubierto.

Si se entera de que WellCare no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por WellCare. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por WellCare.
- Puede solicitar a WellCare que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea más abajo información sobre cómo solicitar una excepción.

### **¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de WellCare?**

Usted puede solicitar a WellCare que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen diversos tipos de excepciones que nos puede solicitar.

- Puede solicitarnos la cobertura de un medicamento, incluso si éste no está incluido en nuestra lista de medicamentos.
- Puede solicitarnos que renunciemos a las restricciones o limitaciones de cobertura sobre el medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, WellCare limita la cantidad de medicamento que estará cubierta. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que renunciemos a ese límite y cubramos más.
- Puede solicitarnos que proveamos un nivel de cobertura más alto para su medicamento. Si su medicamento está incluido en nuestro Nivel 3 (medicamento de marca no preferida), a cambio usted puede solicitarnos que lo cubramos con la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 2 (medicamento de marca preferida). Esto reducirá el monto que usted debe pagar por su medicamento. Por favor, tenga en cuenta que si le concedemos la solicitud de cobertura de un medicamento que no está incluido en nuestra lista, es posible que usted no pueda solicitarnos un nivel de cobertura más alto para ese medicamento. Además, no podrá pedirnos que proporcionemos un nivel de cobertura más alto para medicamentos que estén en el Nivel 4 (medicamentos específicos).

Generalmente, WellCare solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos del plan, el medicamento de nivel inferior o las restricciones de uso adicionales no son tan efectivos para el tratamiento de su condición y/o podrían causarle efectos médicos adversos.

Usted debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión inicial de cobertura para una excepción a la lista, a una categoría de nivel o a una restricción de uso. **Cuando solicite una excepción a la lista de medicamentos, a una categoría de nivel o a una restricción de uso, deberá presentar una declaración de su profesional que firme las recetas o del médico que respalde tal solicitud.** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas de recibir la declaración de respaldo del médico que receta el medicamento. Puede solicitar una excepción abreviada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría resultar seriamente perjudicada por esperar una decisión hasta 72 horas. Si su solicitud de abreviar es otorgada, debemos comunicarle una decisión no más de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que firma las recetas o del médico que receta el medicamento.

## **¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico acerca de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?**

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no se encuentran en nuestra lista. O puede estar tomando un medicamento que esté en nuestra lista, pero su posibilidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa de nosotros antes de dispensar su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción a la lista para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 93 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestra lista o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 31 días (a menos que usted tenga una receta escrita para menos días) cuando usted vaya a una farmacia de la red. Después de su primer suministro para 31 días, no pagaremos por estos medicamentos, aun si usted ha sido miembro del plan por menos de 93 días.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, le permitiremos renovar su receta hasta que le hayamos provisto un suministro de transición para 98 días de conformidad con el incremento de entregas (a menos que usted tenga una receta para menos días). Cubriremos más de una renovación de estos medicamentos por los primeros 98 días en que usted sea miembro de nuestro plan. Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra lista o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero ya han transcurrido los primeros 98 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que usted tenga una receta escrita para menos días) mientras trata de obtener una excepción a la lista.

Si usted experimenta un cambio en el nivel de cuidado (por ejemplo, si está siendo dado de alta de un establecimiento de cuidado a largo plazo o ingresa a dicho establecimiento), su médico o farmacia pueden llamar a nuestro Centro de Servicio a Proveedores y solicitar una anulación por única vez. Esta anulación por única vez corresponderá a un suministro para 31 días (a menos que usted tenga una receta escrita para menos días).

## **Para más información**

Para información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de WellCare, por favor consulte la Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre WellCare, por favor llame a Servicio al Cliente al número de teléfono indicado para su estado/plan en la parte interior de la cubierta de esta lista de medicamentos. O visite [www.wellcarepdp.com](http://www.wellcarepdp.com).

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

## Lista de medicamentos de WellCare

La lista amplia de medicamentos que comienza en la página 1, provee información de cobertura sobre algunos medicamentos cubiertos por WellCare. Si tiene dificultad para encontrar un medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 55.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se muestran en mayúsculas (por ejemplo, COUMADIN) y los medicamentos genéricos están escritos en minúsculas con bastardilla (por ejemplo, *simvastatin*).

La información en la columna Requisitos/Limitaciones indica si WellCare tiene requisitos especiales de cobertura para su medicamento.

- MO significa que el medicamento está disponible a través de pedidos por correo. Para más información, por favor vea el Capítulo 3 de su *Evidencia de Cobertura*. Con el proceso conveniente de WellCare de pedidos por correo de recetas, usted puede pedir un suministro para 3 meses de cualquier medicamento de los niveles 1, 2 o 3 por correo y solo pagar un copago para 2½ meses en lugar de los tres meses completos.
- PA significa autorización previa: Para obtener detalles, por favor vea la página II.
- QL significa límite de cantidad: Para obtener detalles, por favor vea la página II.
- LA significa medicamento de acceso limitado. Este medicamento está disponible en la Farmacia de Medicamentos Específicos de WellCare y es posible que se encuentre disponible en otras farmacias determinadas. Para más información, por favor consulte la sección de Farmacia de Medicamentos Específicos de su Directorio de Farmacias o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono indicado para su estado/plan en la parte interior de la cubierta de esta lista de medicamentos.
- ST significa terapia escalonada: Para obtener detalles, por favor vea la página II.

## Montos de copago/coseguro correspondientes al nivel del medicamento

La lista de medicamentos de WellCare está dividida en cuatro niveles.

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 4: Medicamentos específicos

Los medicamentos de marca y genéricos pueden estar disponibles en todos los niveles. Consulte su Evidencia de Cobertura o su Resumen de Beneficios para obtener los montos aplicables de copagos/coseguro y deducible.

### Cómo leer el listado de la lista de medicamentos:

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LIMITACIONES
<i>HEMÍTICOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN</i>			Categoría terapéutica
<i>AGREGACIÓN PLAQUETARIA, INHIBIDORES</i>			Clase terapéutica
B	PLAVIX	2	QL (31 tabletas para 31 días), MO
G	<i>ticlopidine hcl</i>	1	MO

  

Indicador de medicamentos genéricos o de marca

Nombre del medicamento

Nivel del medicamento

Notas o requerimientos especiales tales como:

LA = Acceso limitado

MO = Pedidos por correo disponibles

PA = Autorización previa

QL = Límites de cantidad

ST = Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>AGENTES PARA ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS</b>			
<b>AGENTES PARA ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS</b>			
G	<i>alendronate sodium tablet 10mg, 5mg</i>	1	MO
G	<i>alendronate sodium tablet 35mg, 70mg</i>	1	QL (4 tabletas cada 28 días), MO
G	<i>alendronate sodium tablet 40mg</i>	2	MO
B	BONIVA INJECTION	3	PA, MO
B	BONIVA TABLET 150MG	3	QL (1 tabletas cada 28 días), MO
G	<i>calcitonin-salmon</i>	2	MO
G	<i>calcitriol capsule</i>	2	PA, MO
G	<i>calcitriol injection, oral solution</i>	3	PA, MO
G	<i>etidronate disodium</i>	3	MO
B	FORTEO	4	QL (2.4 mls cada 28 días), PA, MO
G	<i>fortical</i>	2	MO
B	HECTOROL	2	PA, MO
B	MIACALCIN INJECTION	3	PA, MO
G	<i>pamidronate disodium injection 30mg/10ml, 90mg/10ml</i>	3	PA, MO
B	PROLIA	3	PA, MO
B	ZOMETA	3	PA, MO
<b>ANALGÉSICOS</b>			
<b>OPIOIDES, ANALGÉSICOS</b>			
G	<i>acetaminophen/codeine #3</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>acetaminophen/codeine #4</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>acetaminophen/codeine solution</i>	1	MO
G	<i>acetaminophen/codeine tablet 300mg; 15mg</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine</i>	2	QL (186 cápsulas cada 31 días), MO
G	<i>co-gesic</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>codeine sulfate</i>	2	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>duramorph</i>	2	MO
G	<i>endocet tablet 325mg; 10mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg, 500mg; 7.5mg</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>endocet tablet 650mg; 10mg</i>	1	QL (186 tabletas cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANALGÉSICOS (continuaciùn)</b>			
<b>OPIOIDES, ANALGÉSICOS (continuaciùn)</b>			
G	<i>fentanyl citrate oral transmucosal</i>	4	PA, MO
G	<i>fentanyl patch</i>	3	QL (20 parches cada 31 días), MO
G	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet 750mg; 10mg</i>	1	QL (165 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>hydrocodone/acetaminophen solution 500mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	1	MO
G	<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg, 500mg; 10mg, 500mg; 2.5mg, 500mg; 5mg, 500mg; 7.5mg</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 650mg; 10mg, 650mg; 7.5mg, 660mg; 10mg</i>	1	QL (186 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 750mg; 7.5mg</i>	1	QL (165 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	2	QL (155 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>hydromorphone hcl injection</i>	3	MO
G	<i>hydromorphone hcl tablet</i>	2	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>methadone hcl tablet</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>methadose</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>morphine sulfate er</i>	2	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>morphine sulfate injection, oral solution</i>	2	MO
G	<i>morphine sulfate tablet</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>oxycodone hcl tablet</i>	2	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>oxycodone/acetaminophen capsule</i>	1	QL (248 cápsulas cada 31 días), MO
G	<i>oxycodone/acetaminophen tablet 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg, 500mg; 7.5mg</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>oxycodone/acetaminophen tablet 650mg; 10mg</i>	1	QL (186 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>reprexain tablet 10mg; 200mg</i>	2	QL (155 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>tramadol hcl</i>	1	QL (248 tabletas cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANALGÉSICOS (continuaciùn)</b>			
<b>OPIOIDES, ANALGÉSICOS (continuaciùn)</b>			
G	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	2	QL (248 tabletas cada 31 días), MO
<b>ANESTÉSICOS</b>			
<b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>			
G	<i>lidocaine hcl injection</i>	2	MO
G	<i>lidocaine hcl jelly</i>	1	MO
G	<i>lidocaine ointment</i>	1	MO
G	<i>lidocaine viscous</i>	1	MO
G	<i>lidocaine/prilocaine cream</i>	1	MO
B	LIDODERM	3	QL (93 parches cada 31 días), PA, MO
G	<i>phenazopyridine hcl</i>	1	MO
<b>ANSIOLÍTICOS</b>			
<b>ANSIOLÍTICOS, OTROS</b>			
G	<i>buspirone hcl</i>	1	MO
G	<i>meprobamate</i>	3	PA, MO
<b>ANTIBACTERIANOS</b>			
<b>AMINOGLUCÓSIDOS</b>			
G	<i>amikacin sulfate injection</i>	2	MO
G	<i>gentak ointment</i>	1	MO
G	<i>gentamicin sulfate cream, ointment, ophthalmic solution</i>	1	MO
G	<i>gentamicin sulfate injection</i>	2	MO
G	<i>neomycin sulfate</i>	2	MO
G	<i>paromomycin sulfate</i>	2	MO
B	TOBI	4	PA, MO
G	<i>tobramycin sulfate injection</i>	2	MO
G	<i>tobramycin sulfate ophthalmic solution</i>	1	MO
G	<i>tobrasol ophthalmic solution</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIBACTERIANOS (continuaciùn)</b>			
<b>ANTIBACTERIANOS, OTROS</b>			
G	<i>bacitracin</i>	2	MO
G	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	2	MO
G	<i>clindamycin hcl capsule</i>	1	MO
G	<i>clindamycin phosphate injection</i>	3	MO
G	<i>colistimethate sodium injection</i>	3	MO
G	<i>methenamine hippurate</i>	3	MO
G	<i>metronidazole cream</i>	2	MO
G	<i>metronidazole tablet</i>	1	MO
G	<i>mupirocin</i>	1	MO
G	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	2	MO
G	<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	2	MO
G	<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	2	MO
G	<i>polycin b</i>	1	MO
G	<i>silver sulfadiazine</i>	1	MO
G	<i>thermazene</i>	1	MO
G	<i>trimethoprim tablet</i>	1	MO
B	TYGACIL	4	MO
B	VANCOGIN HCL CAPSULE	4	PA, MO
G	<i>vancomycin hcl injection 1gm, 10gm</i>	2	PA, MO
G	<i>vandazole</i>	2	MO
B	ZYVOX	4	PA, MO
<b>BETALACTAMASA, CEFALOSPORINAS</b>			
G	<i>cefaclor</i>	2	MO
G	<i>cefadroxil</i>	2	MO
G	<i>cefazolin sodium</i>	2	MO
G	<i>cefdinir capsule, suspension reconstituted</i>	2	MO
G	<i>cefepime</i>	3	MO
G	<i>cefotaxime sodium</i>	3	MO
G	<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIBACTERIANOS (continuaciùn)</b>			
<b>BETALACTAMASA, CEFALOSPORINAS (continuaciùn)</b>			
G	<i>cefepodoxime proxetil suspension reconstituted</i>	3	MO
G	<i>cefepodoxime proxetil tablet</i>	2	MO
G	<i>cefprozil suspension reconstituted, tablet</i>	2	MO
G	<i>ceftazidime</i>	3	MO
G	<i>ceftriaxone sodium</i>	2	MO
G	<i>cefuroxime axetil suspension reconstituted</i>	2	MO
G	<i>cefuroxime axetil tablet</i>	1	MO
G	<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg</i>	3	MO
G	<i>cephalexin</i>	1	MO
B	SUPRAX	3	MO
<b>BETALACTAMASA, OTRAS</b>			
B	INVANZ	3	MO
B	PRIMAXIN I.M.	2	MO
B	PRIMAXIN IV	2	MO
<b>BETALACTAMASA, PENICILINAS</b>			
G	<i>amoxicillin</i>	1	MO
G	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	2	MO
G	<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>	2	MO
G	<i>ampicillin capsule</i>	1	MO
G	<i>ampicillin sodium injection 125mg, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	3	MO
G	<i>ampicillin suspension reconstituted</i>	2	MO
G	<i>ampicillin-sulbactam</i>	3	MO
B	BICILLIN C-R	2	MO
B	BICILLIN L-A	2	MO
G	<i>dicloxacillin sodium</i>	1	MO
G	<i>oxacillin sodium</i>	3	MO
G	<i>penicillin g potassium</i>	2	MO
B	PENICILLIN G PROCAINE	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIBACTERIANOS (continuaciùn)</b>			
<b>BETALACTAMASA, PENICILINAS (continuaciùn)</b>			
G	<i>penicillin v potassium</i>	1	MO
G	<i>pfizerpen-g</i>	2	MO
G	<i>piperacillin sodium</i>	3	MO
G	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	3	MO
B	TIMENTIN	2	MO
<b>MACRÓLIDOS</b>			
B	AZASITE	2	MO
G	<i>azithromycin injection, suspension reconstituted</i>	2	MO
G	<i>azithromycin tablet</i>	1	MO
G	<i>clarithromycin suspension reconstituted</i>	3	MO
G	<i>clarithromycin tablet</i>	1	MO
G	<i>e.e.s. 400</i>	1	MO
G	<i>e.e.s. granules</i>	2	MO
G	<i>ery-tab</i>	1	MO
G	<i>erythrocin lactobionate injection</i>	2	MO
G	<i>erythrocin stearate tablet</i>	1	MO
G	<i>erythromycin base tablet</i>	1	MO
G	<i>erythromycin ethylsuccinate tablet</i>	1	MO
G	<i>erythromycin ointment</i>	1	MO
G	<i>erythromycin/sulfisoxazole suspension</i>	2	MO
<b>QUINOLONAS</b>			
G	<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1	MO
G	<i>ciprofloxacin hcl tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	MO
G	<i>ciprofloxacin injection</i>	2	MO
G	<i>levofloxacin tablet</i>	2	MO
B	MOXEZA	2	MO
G	<i>ofloxacin ophthalmic solution, otic solution</i>	1	MO
G	<i>ofloxacin tablet</i>	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIBACTERIANOS (continuaciùn)</b>			
<b>QUINOLONAS (continuaciùn)</b>			
B	VIGAMOX	2	MO
B	ZYMAXID	3	MO
<b>SULFONAMIDAS</b>			
G	<i>sodium sulfacetamide solution</i>	1	MO
G	<i>sulfacetamide sodium solution</i>	1	MO
G	<i>sulfadiazine</i>	3	MO
G	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	1	MO
G	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim injection</i>	3	MO
G	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspension</i>	2	MO
G	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tablet</i>	1	MO
G	<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate solution</i>	1	MO
<b>TETRACICLINAS</b>			
G	<i>demeclocycline hcl tablet 150mg</i>	3	MO
G	<i>demeclocycline hcl tablet 300mg</i>	4	MO
G	<i>doxycycline hyclate capsule</i>	1	MO
G	<i>doxycycline hyclate injection</i>	3	MO
G	<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i>	1	MO
G	<i>minocycline hcl capsule</i>	1	MO
G	<i>ocudox</i>	1	MO
G	<i>tetracycline hcl</i>	1	MO
<b>ANTICONVULSIVOS</b>			
<b>ANTICONVULSIVOS, OTROS</b>			
B	BANZEL SUSPENSION	3	PA, MO
B	BANZEL TABLET 200MG	3	PA, MO
B	BANZEL TABLET 400MG	4	PA, MO
G	<i>levetiracetam injection, oral solution</i>	3	MO
G	<i>levetiracetam tablet</i>	2	MO
B	VIMPAT INJECTION, TABLET	3	PA, MO
B	VIMPAT ORAL SOLUTION	3	PA, MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTICONVULSIVOS (continuaciùn)</b>			
<b>CALCIO, AGENTES MODIFICADORES DE CANAL</b>			
B	CELONTIN	2	MO
G	<i>ethosuximide</i>	2	MO
B	LYRICA	3	PA, MO
G	<i>zonisamide</i>	1	MO
<b>GAMMA AMINOBUÉTICO (GABA), AGENTES PROMOTORES DE ÁCIDO</b>			
G	<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i>	1	QL (372 cápsulas cada 31 días), MO
G	<i>gabapentin capsule 400mg</i>	1	QL (279 cápsulas cada 31 días), MO
G	<i>gabapentin solution</i>	3	MO
G	<i>gabapentin tablet 600mg</i>	1	QL (186 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>gabapentin tablet 800mg</i>	1	QL (140 tabletas cada 31 días), MO
B	GABITRIL	3	MO
G	<i>primidone</i>	2	MO
B	SABRIL PACKET	4	PA, LA
B	SABRIL TABLET	4	PA, LA
G	<i>valproate sodium</i>	3	MO
G	<i>valproic acid</i>	1	MO
<b>GLUTAMATO, AGENTES REDUCTORES</b>			
B	FELBATOL SUSPENSION	4	MO
B	FELBATOL TABLET 400MG	3	MO
B	FELBATOL TABLET 600MG	4	MO
G	<i>lamotrigine tablet</i>	1	MO
G	<i>lamotrigine tablet chewable</i>	2	MO
G	<i>topiramate capsule sprinkle</i>	3	MO
G	<i>topiramate tablet</i>	1	MO
<b>SODIO, INHIBIDORES DEL CANAL</b>			
G	<i>carbamazepine suspension</i>	3	MO
G	<i>carbamazepine tablet chewable, tablet</i>	1	MO
B	DILANTIN CAPSULE 30MG	2	MO
B	DILANTIN INFATABS	2	MO
G	<i>epitol</i>	1	MO
G	<i>fosphenytoin sodium</i>	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTICONVULSIVOS (continuaciùn)</b>			
<b>SODIO, INHIBIDORES DEL CANAL (continuaciùn)</b>			
G	<i>oxcarbazepine suspension</i>	3	MO
G	<i>oxcarbazepine tablet</i>	2	MO
B	PEGANONE	3	MO
G	<i>phenytoin sodium extended capsule</i>	1	MO
G	<i>phenytoin sodium injection</i>	2	MO
G	<i>phenytoin suspension</i>	2	MO
<b>ANTIDEMENCIA, AGENTES</b>			
<b>ANTIDEMENCIA, OTROS AGENTES</b>			
G	<i>ergoloid mesylates</i>	3	MO
<b>COLINESTERASA, INHIBIDORES</b>			
G	<i>donepezil hcl tablet</i>	1	MO
G	<i>donepezil hcl tablet dispersible</i>	3	MO
B	EXELON PATCH 24 HOUR, SOLUTION	2	MO
G	<i>galantamine hydrobromide</i>	3	MO
G	<i>rivastigmine tartrate</i>	3	MO
<b>GLUTAMATO, MODIFICADORES DE VÍA</b>			
B	NAMENDA	2	MO
B	NAMENDA TITRATION PAK	2	MO
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>			
<b>ANTIDEPRESIVOS, OTROS</b>			
G	<i>budeprion sr</i>	2	MO
G	<i>budeprion xl</i>	2	MO
G	<i>buproban</i>	2	MO
G	<i>bupropion hcl</i>	1	MO
G	<i>bupropion hcl sr</i>	2	MO
G	<i>bupropion hcl xl</i>	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>mirtazapine odt</i>	2	MO
G	<i>mirtazapine tablet</i>	1	MO
G	<i>mirtazapine tablet dispersible</i>	2	MO
G	<i>nefazodone hcl</i>	2	MO
G	<i>trazodone hcl tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIDEPRESIVOS (continuaciùn)</b>			
<b>ANTIDEPRESIVOS, OTROS (continuaciùn)</b>			
G	<i>trazodone hcl tablet 300mg</i>	3	MO
<b>MONOAMINOOXIDASA, INHIBIDORES</b>			
B	EMSAM	3	PA, MO
B	MARPLAN	3	MO
B	NARDIL	3	MO
G	<i>phenelzine sulfate</i>	3	MO
G	<i>tranylcypromine sulfate</i>	2	MO
<b>SEROTONINA/NOREPINEFRINA, INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN</b>			
G	<i>citalopram hydrobromide solution</i>	3	MO
G	<i>citalopram hydrobromide tablet</i>	1	MO
B	CYMBALTA	3	PA, MO
G	<i>fluoxetine hcl capsule, solution</i>	1	MO
G	<i>fluvoxamine maleate</i>	2	MO
B	LEXAPRO SOLUTION	3	ST, MO
B	LEXAPRO TABLET	3	QL (31 tabletas cada 31 días), ST, MO
G	<i>paroxetine hcl suspension</i>	3	MO
G	<i>paroxetine hcl tablet</i>	1	MO
B	PAXIL SUSPENSION	3	MO
B	PRISTIQ	3	PA, MO
B	SAVELLA	3	MO
B	SAVELLA TITRATION PACK	3	MO
G	<i>sertraline hcl concentrate</i>	3	MO
G	<i>sertraline hcl tablet</i>	1	MO
G	<i>venlafaxine hcl</i>	2	MO
G	<i>venlafaxine hcl er capsule extended release 24 hour</i>	3	QL (31 cápsulas cada 31 días), MO
G	<i>venlafaxine hcl er tablet extended release 24 hour 150mg, 37.5mg, 75mg</i>	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	VIIBRYD	3	ST, MO
<b>TRICÍCLICOS</b>			
G	<i>amitriptyline hcl</i>	1	MO
G	<i>amoxapine</i>	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIDEPRESIVOS (continuaciôn)</b>			
<b>TRICÍCLICOS (continuaciôn)</b>			
G	<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	2	MO
G	<i>clomipramine hcl</i>	1	MO
G	<i>desipramine hcl</i>	3	MO
G	<i>doxepin hcl capsule</i>	1	MO
G	<i>doxepin hcl concentrate</i>	2	MO
G	<i>imipramine hcl</i>	1	MO
G	<i>imipramine pamoate</i>	3	MO
G	<i>maprotiline hcl</i>	1	MO
G	<i>nortriptyline hcl capsule</i>	1	MO
G	<i>nortriptyline hcl solution</i>	3	MO
G	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	1	MO
G	<i>protriptyline hcl</i>	2	MO
B	SURMONTIL	3	MO
<b>ANTÍDOTOS Y AGENTES DISUASIVOS Y TOXICOLÓGICOS</b>			
<b>ANTÍDOTOS</b>			
B	EXJADE	4	PA, LA
G	<i>fomepizole</i>	2	MO
G	<i>kionex</i>	3	MO
B	RELISTOR	3	PA, MO
G	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	3	MO
G	<i>sps</i>	3	MO
B	SYPRINE	3	MO
<b>DISUASIVOS</b>			
B	ANTABUSE	2	MO
B	CAMPRAL	3	MO
B	CHANTIX STARTER PACK	3	QL (106 tabletas cada 365 días), MO
B	CHANTIX TABLET 0.5MG, 1MG	3	QL (340 tabletas cada 365 días), MO
G	<i>disulfiram</i>	2	MO
B	NICOTROL NS	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTÍDOTOS Y AGENTES DISUASIVOS Y TOXICOLÓGICOS (continuaciôn)</b>			
<b>TOXICOLÓGICOS, AGENTES</b>			
G	<i>buprenorphine hcl injection</i>	3	PA, MO
G	<i>buprenorphine hcl tablet sublingual</i>	3	PA, MO
G	<i>naloxone hcl injection 1mg/ml</i>	1	MO
G	<i>naltrexone hcl</i>	3	MO
B	SUBOXONE FILM	3	PA, MO
<b>ANTIESPÁSTICOS, AGENTES</b>			
<b>ANTIESPÁSTICOS, AGENTES</b>			
G	<i>baclofen tablet</i>	1	MO
G	<i>tizanidine hcl</i>	2	MO
<b>ANTIFÚNGICOS</b>			
<b>ANTIFÚNGICOS</b>			
G	<i>amphotericin b</i>	3	MO
B	ANCOBON	3	MO
G	<i>ciclopirox gel, shampoo</i>	3	MO
G	<i>ciclopirox nail lacquer</i>	2	MO
G	<i>ciclopirox olamine</i>	2	MO
G	<i>ciclopirox suspension</i>	2	MO
G	<i>clotrimazole cream, troche</i>	2	MO
G	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	1	MO
G	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotion</i>	2	MO
G	<i>econazole nitrate</i>	1	MO
G	<i>fluconazole in dextrose</i>	2	MO
G	<i>fluconazole in nacl</i>	2	MO
G	<i>fluconazole suspension reconstituted</i>	2	MO
G	<i>fluconazole tablet</i>	1	MO
B	GRIFULVIN V	3	MO
G	<i>griseofulvin microsize suspension</i>	3	MO
G	<i>itraconazole</i>	3	PA, MO
G	<i>ketoconazole</i>	2	MO
B	MYCAMINE	4	PA, MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIFÚNGICOS (continuaciùn)</b>			
<b>ANTIFÚNGICOS (continuaciùn)</b>			
B	NAFTIN	2	MO
B	NATACYN	2	MO
G	<i>nyamyc</i>	1	MO
G	<i>nystatin cream, powder, ointment, suspension, tablet</i>	1	MO
G	<i>nystatin vaginal</i>	3	MO
G	<i>nystatin/triamcinolone</i>	1	MO
G	<i>nystop</i>	1	MO
G	<i>pedi-dri</i>	2	MO
G	<i>selenium sulfide</i>	1	MO
G	<i>terbinafine hcl</i>	1	MO
G	<i>terconazole cream</i>	1	MO
G	<i>terconazole suppository</i>	2	MO
G	<i>voriconazole</i>	4	PA, MO
G	<i>zazole cream</i>	1	MO
G	<i>zazole suppository</i>	2	MO
<b>ANTIGOTA, AGENTES</b>			
<b>ANTIGOTA, AGENTES</b>			
G	<i>allopurinol</i>	1	MO
B	COLCRYS	3	MO
G	<i>probenecid</i>	1	MO
<b>ANTIHEMÉTICOS</b>			
<b>ANTIHEMÉTICOS</b>			
G	<i>compro</i>	2	MO
G	<i>dronabinol capsule 10mg, 5mg</i>	4	QL (62 cápsulas cada 31 días), PA, MO
G	<i>dronabinol capsule 2.5mg</i>	3	QL (62 cápsulas cada 31 días), PA, MO
B	EMEND COMBO PACK, CAPSULE	3	PA, MO
G	<i>granisetron hcl injection</i>	3	QL (10 mls cada 31 días), PA, MO
G	<i>granisetron hcl tablet</i>	2	QL (31 tabletas cada 31 días), PA, MO
G	<i>meclizine hcl</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIHEMÉTICOS (continuaciùn)</b>			
<b>ANTIHEMÉTICOS (continuaciùn)</b>			
G	<i>ondansetron hcl injection</i>	3	PA, MO
G	<i>ondansetron hcl oral solution</i>	3	PA, MO
G	<i>ondansetron hcl tablet 24mg</i>	1	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>ondansetron hcl tablet 4mg, 8mg</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>ondansetron odt</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>phenadoz</i>	2	MO
G	<i>prochlorperazine edisylate injection</i>	2	MO
G	<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	1	MO
G	<i>prochlorperazine suppository</i>	2	MO
G	<i>promethazine hcl</i>	2	MO
G	<i>promethegan</i>	2	MO
<b>ANTIINFLAMATORIOS, AGENTES</b>			
<b>MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES</b>			
G	<i>diclofenac potassium</i>	1	MO
G	<i>diclofenac sodium ec tablet delayed release 50mg</i>	1	MO
G	<i>diclofenac sodium tablet</i>	1	MO
G	<i>diclofenac sodium xr</i>	1	MO
G	<i>diflunisal</i>	2	MO
G	<i>etodolac</i>	1	MO
G	<i>etodolac er</i>	2	MO
G	<i>fenoprofen calcium</i>	1	MO
G	<i>flurbiprofen tablet</i>	1	MO
G	<i>ibuprofen suspension</i>	2	MO
G	<i>ibuprofen tablet</i>	1	MO
G	<i>indomethacin</i>	1	MO
G	<i>ketoprofen</i>	2	MO
G	<i>ketoprofen er</i>	2	QL (31 cápsulas cada 31 días), MO
G	<i>meloxicam tablet</i>	1	MO
G	<i>nabumetone</i>	1	MO
G	<i>naproxen sodium</i>	1	MO
G	<i>naproxen suspension</i>	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIINFLAMATORIOS, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (continuaciùn)</b>			
G	<i>naproxen tablet</i>	1	MO
G	<i>oxaprozin</i>	1	MO
G	<i>piroxicam</i>	2	MO
G	<i>sulindac</i>	1	MO
B	VOLTAREN GEL	2	MO
<b>ANTIMIASTÉNICOS, AGENTES</b>			
<b>PARASIMPATOMIMÉTICOS</b>			
G	<i>bethanechol chloride</i>	2	MO
B	GUANIDINE HCL	2	MO
B	MESTINON SYRUP	2	MO
B	MESTINON TIMESPAN	2	MO
G	<i>pyridostigmine bromide</i>	2	MO
<b>ANTIMICOBACTERIANOS</b>			
<b>ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS</b>			
B	DAPSONE	2	MO
B	MYCOBUTIN	3	MO
<b>ANTITUBÉRCULOS</b>			
B	CAPASTAT SULFATE	3	MO
G	<i>ethambutol hcl</i>	2	MO
G	<i>isoniazid syrup</i>	2	MO
G	<i>isoniazid tablet</i>	1	MO
B	PASER	3	MO
B	PRIFTIN	3	MO
G	<i>pyrazinamide</i>	2	MO
G	<i>rifampin capsule</i>	2	MO
G	<i>rifampin injection</i>	3	MO
B	SEROMYCIN	2	MO
B	TRECTOR	3	MO

LA	Acceso limitado	MO	Pedidos por correo disponibles
----	-----------------	----	--------------------------------

B	Medic. de marco	G	Genéricos	PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	ST	Terapia escalonada
---	-----------------	---	-----------	----	---------------------	----	--------------------	----	--------------------

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIMIGRAÑA, AGENTES</b>			
<b>ABORTIVOS</b>			
G	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	3	MO
G	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	2	MO
G	<i>sumatriptan nasal spray</i>	3	QL (12 units cada 31 días), MO
G	<i>sumatriptan succinate injection</i>	3	QL (8 mls cada 31 días), MO
G	<i>sumatriptan succinate injection refill</i>	3	QL (8 mls cada 31 días), MO
G	<i>sumatriptan succinate tablet</i>	1	QL (9 tabletas cada 31 días), MO
<b>ANTINEOPLÁSICOS</b>			
<b>ALKILANTES, AGENTES</b>			
B	CEENU	2	MO
G	<i>cyclophosphamide</i>	3	PA, MO
B	HEXALEN	3	PA, MO
B	LEUKERAN	2	MO
B	MATULANE	4	MO
B	TREANDA	4	PA, MO
<b>ANTIANGIÓGENICOS, AGENTES</b>			
B	REVLIMID	4	PA, LA
B	THALOMID	4	QL (28 cápsulas cada 28 días), PA, MO
B	VANDETANIB	4	PA, MO
<b>ANTIESTRÓGENOS/MODIFICADORES</b>			
B	EMCYT	3	PA, MO
B	FARESTON	4	MO
B	FASLODEX	4	PA, MO
G	<i>tamoxifen citrate</i>	1	MO
<b>ANTIMETABOLITOS</b>			
B	DROXIA	2	MO
B	ELITEK	4	PA, MO
G	<i>hydroxyurea</i>	2	MO
G	<i>mercaptopurine</i>	3	MO
B	OFORTA	4	PA, MO
B	TABLOID	3	PA, MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTINEOPLÁSICOS (continuaciùn)</b>			
<b>ANTINEOPLÁSICOS, OTROS</b>			
B	ALIMTA	4	PA, MO
G	<i>amifostine</i>	2	PA, MO
G	<i>bleomycin sulfat</i>	2	PA, MO
G	<i>ifosfamide</i>	3	MO
B	IXEMPRA KIT	4	PA, MO
G	<i>leucovorin calcium</i>	2	MO
G	<i>mesna solution</i>	2	MO
B	MESNEX TABLET	4	MO
G	<i>mitoxantrone hcl</i>	3	PA, MO
B	ONTAK	4	PA, MO
G	<i>pentostatin</i>	1	PA, MO
B	PROLEUKIN	4	PA, MO
B	SYLATRON	4	PA, MO
B	TRISENOX	3	PA, MO
B	TYKERB	4	PA, LA
B	VELCADE	4	PA, MO
B	VIDAZA	4	PA, MO
B	ZOLINZA	4	PA, MO
B	ZYTIGA	4	PA, MO
<b>AROMATASA, INHIBIDORES DE 3ª GENERACIÓN</b>			
G	<i>anastrozole</i>	1	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>exemestane</i>	3	MO
B	FEMARA	3	MO
G	<i>letrozole</i>	3	MO
<b>DIANAS MOLECULARES, INHIBIDORES</b>			
B	AFINITOR	4	PA, MO
B	GLEEVEC	4	PA, MO
B	IRESSA	4	LA
B	NEXAVAR	4	QL (124 tabletas cada 31 días), PA, LA
B	SPRYCEL	4	QL (31 tabletas cada 31 días), PA, MO
B	SUTENT	4	QL (31 cápsulas cada 31 días), PA, MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTINEOPLÁSICOS (continuaciùn)</b>			
<b>DIANAS MOLECULARES, INHIBIDORES (continuaciùn)</b>			
B	TARCEVA	4	PA, MO
B	TASIGNA	4	PA, MO
B	VOTRIENT	4	PA, MO
<b>MONOCLONALES, ANTICUERPOS</b>			
B	AVASTIN	4	PA, MO
B	CAMPATH	4	PA, LA
B	RITUXAN	4	PA, LA
<b>RETINOIDES</b>			
B	PANRETIN	4	MO
B	TARGRETIN	4	PA, MO
G	<i>tretinoin capsule</i>	4	MO
<b>ANTIPARASITARIOS</b>			
<b>ANTIHELMÍNTICOS</b>			
B	ALBENZA	2	MO
G	<i>mebendazole</i>	2	MO
<b>ANTIPROTOZOARIOS</b>			
B	ALINIA	3	PA, MO
G	<i>chloroquine phosphate</i>	2	MO
B	DARAPRIM	2	MO
G	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	1	MO
G	<i>mefloquine hcl</i>	2	MO
B	MEPRON	4	MO
B	PENTAM 300	3	PA, MO
<b>PEDICULICIDAS/ESCABIOSIDAS</b>			
G	<i>acticin</i>	1	MO
G	<i>malathion</i>	3	MO
G	<i>permethrin</i>	1	MO
<b>ANTIPARKINSONIANOS, AGENTES</b>			
<b>ANTIPARKINSONIANOS, AGENTES</b>			
B	APOKYN	4	PA, MO
B	AZILECT	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIPARKINSONIANOS, AGENTES (continuaciôn)</b>			
<b>ANTIPARKINSONIANOS, AGENTES (continuaciôn)</b>			
G	<i>benztropine mesylate tablet</i>	1	MO
G	<i>bromocriptine mesylate</i>	3	MO
G	<i>carbidopa/levodopa cr</i>	2	MO
G	<i>carbidopa/levodopa sr</i>	2	MO
G	<i>carbidopa/levodopa tablet</i>	1	MO
B	COMTAN	2	MO
B	LODOSYN	3	MO
G	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	3	MO
G	<i>ropinirole hcl</i>	2	MO
G	<i>selegiline hcl</i>	3	MO
B	TASMAR	3	MO
G	<i>trihexyphenidyl hcl elixir</i>	2	MO
G	<i>trihexyphenidyl hcl tablet</i>	1	MO
B	ZELAPAR	3	MO
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>			
<b>ATÍPICOS</b>			
B	ABILIFY DISCMELT TABLET DISPERSIBLE 10MG	3	QL (93 tabletas cada 31 días), PA, MO
B	ABILIFY DISCMELT TABLET DISPERSIBLE 15MG	3	QL (62 tabletas cada 31 días), PA, MO
B	ABILIFY INJECTION	3	PA, MO
B	ABILIFY ORAL SOLUTION	3	QL (1050 mls cada 31 días), PA, MO
B	ABILIFY TABLET	3	QL (31 tabletas cada 31 días), PA, MO
G	<i>clozapine</i>	2	MO
B	FANAPT	3	QL (62 tabletas cada 31 días), PA, MO
B	FANAPT TITRATION PACK	3	PA, MO
B	FAZACLO TABLET DISPERSIBLE 12.5MG	3	PA, MO
B	GEODON CAPSULE	3	QL (62 cápsulas cada 31 días), PA, MO
B	GEODON INJECTION	3	QL (12 mls cada 31 días), PA, MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIPSICÓTICOS (continuaciùn)</b>			
<b>ATÍPICOS (continuaciùn)</b>			
B	INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML	4	PA, MO
B	INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML, 78MG/0.5ML	3	PA, MO
B	INVEGA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1.5MG, 3MG, 9MG	3	QL (31 tabletas cada 31 días), PA, MO
B	INVEGA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	3	QL (62 tabletas cada 31 días), PA, MO
B	LATUDA	3	PA, MO
B	RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG, 25MG	3	QL (4 mls cada 28 días), PA, MO
B	RISPERDAL CONSTA INJECTION 37.5MG, 50MG	4	QL (4 mls cada 28 días), PA, MO
G	<i>risperidone m-tab</i>	3	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>risperidone odt</i>	3	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>risperidone solution</i>	3	QL (270 mls cada 31 días), MO
G	<i>risperidone tablet</i>	1	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
B	SAPHRIS	3	PA, MO
B	SEROQUEL	3	QL (93 tabletas cada 31 días), MO
B	ZYPREXA INJECTION	3	QL (6 vials cada 31 días), PA, MO
B	ZYPREXA RELPREVV	4	PA, MO
B	ZYPREXA TABLET	3	QL (31 tabletas cada 31 días), PA, MO
B	ZYPREXA ZYDIS	3	QL (31 tabletas cada 31 días), PA, MO
<b>CONVENCIONALES</b>			
G	<i>chlorpromazine hcl injection</i>	2	MO
G	<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	1	MO
G	<i>fluphenazine decanoate</i>	2	MO
G	<i>fluphenazine hcl concentrate, elixir, injection</i>	2	MO
G	<i>fluphenazine hcl tablet</i>	1	MO
B	HALDOL DECANOATE 100	2	MO
B	HALDOL DECANOATE 50	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIPSICÓTICOS (continuaciùn)</b>			
<b>CONVENCIONALES (continuaciùn)</b>			
G	<i>haloperidol</i>	1	MO
G	<i>haloperidol decanoate</i>	1	MO
G	<i>haloperidol lactate</i>	1	MO
G	<i>loxapine succinate</i>	2	MO
B	NAVANE CAPSULE 20MG	3	MO
B	ORAP	2	MO
G	<i>perphenazine</i>	1	MO
G	<i>thioridazine hcl</i>	2	MO
G	<i>thiothixene</i>	1	MO
G	<i>trifluoperazine hcl</i>	1	MO
<b>ANTIVIRALES</b>			
<b>ANTI-VIH, AGENTES, INHIBIDORES DE PROTEASA</b>			
B	APTIVUS	4	MO
B	CRIXIVAN	2	MO
B	INVIRASE	4	MO
B	KALETRA	3	MO
B	LEXIVA	3	MO
B	NORVIR	3	MO
B	PREZISTA TABLET 150MG, 75MG	2	MO
B	PREZISTA TABLET 400MG, 600MG	4	MO
B	REYATAZ CAPSULE 100MG	3	MO
B	REYATAZ CAPSULE 150MG, 200MG, 300MG	4	MO
B	VIRACEPT	2	MO
<b>ANTI-VIH, AGENTES, INHIBIDORES NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA</b>			
B	EDURANT	4	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	RESCRIPTOR	2	MO
B	SUSTIVA	3	MO
B	VIRAMUNE	2	MO
B	VIRAMUNE XR	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIVIRALES (continuaciùn)</b>			
<b>ANTI-VIH, AGENTES, INHIBIDORES NUCLEÓSIDOS Y NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA</b>			
B	ATRIPLA	4	MO
B	COMBIVIR	2	MO
G	<i>didanosine</i>	2	MO
B	EMTRIVA	2	MO
B	EPIVIR	3	MO
B	EPIVIR HBV	3	MO
B	EPZICOM	2	MO
B	INTELENCE	4	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
B	RETROVIR IV INFUSION	3	MO
G	<i>stavudine capsule</i>	3	MO
G	<i>stavudine solution reconstituted</i>	2	MO
B	TRIZIVIR	4	MO
B	TRUVADA	4	MO
B	VIDEX PEDIATRIC	3	MO
B	VIREAD	3	MO
B	ZIAGEN	2	MO
G	<i>zidovudine syrup</i>	3	MO
G	<i>zidovudine tablet</i>	1	MO
<b>ANTI-VIH, OTROS AGENTES</b>			
B	FUZEON	4	MO
B	ISENTRESS	4	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
B	SELZENTRY	4	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
<b>ANTICITOMEGALOVIRALES (CMV), AGENTES</b>			
G	<i>foscarnet sodium</i>	2	PA, MO
G	<i>ganciclovir capsule</i>	3	MO
B	VALCYTE	4	PA, MO
<b>ANTIGRIPALES, AGENTES</b>			
G	<i>amantadine hcl capsule, syrup</i>	2	MO
B	RELENZA DISKHALER	2	MO
G	<i>rimantadine hcl</i>	1	MO
B	TAMIFLU	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ANTIVIRALES (continuaciùn)</b>			
<b>ANTIHEPATITIS, AGENTES</b>			
B	BARACLUDE SOLUTION	2	MO
B	BARACLUDE TABLET	4	MO
B	HEPSERA	4	MO
G	<i>ribasphere tablet 200mg</i>	3	MO
G	<i>ribavirin tablet 200mg</i>	3	MO
B	TYZEKA	3	PA, MO
<b>ANTIHERPÉTICOS, AGENTES</b>			
G	<i>acyclovir capsule, tablet</i>	1	MO
G	<i>acyclovir sodium injection</i>	3	MO
G	<i>acyclovir suspension</i>	3	MO
B	DENAVIR CREAM	2	MO
G	<i>famciclovir</i>	3	MO
G	<i>trifluridine</i>	3	MO
G	<i>valacyclovir hcl</i>	3	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
B	ZOVIRAX CREAM, OINTMENT	3	MO
<b>BIPOLARIDAD, AGENTES</b>			
<b>BIPOLARIDAD, AGENTES</b>			
G	<i>divalproex sodium</i>	1	MO
G	<i>divalproex sodium er</i>	1	MO
G	<i>lithium carbonate</i>	1	MO
G	<i>lithium carbonate er</i>	1	MO
G	<i>lithium citrate syrup</i>	1	MO
<b>CARDIOVASCULARES, AGENTES</b>			
<b>ALFAADRENÉRGICOS, AGENTES BLOQUEADORES</b>			
G	<i>doxazosin mesylate</i>	1	MO
G	<i>prazosin hcl</i>	1	MO
G	<i>terazosin hcl</i>	1	MO
<b>ALFAADRENÉRGICOS, AGONISTAS</b>			
G	<i>clonidine hcl tablet</i>	1	MO
G	<i>clorpres</i>	2	MO
G	<i>guanabenz acetate</i>	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>CARDIOVASCULARES, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>ALFAADRENÉRGICOS, AGONISTAS (continuaciùn)</b>			
G	<i>guanfacine hcl</i>	1	MO
G	<i>methyldopa</i>	1	MO
G	<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>midodrine hcl</i>	3	MO
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>			
G	<i>amiodarone hcl tablet 200mg</i>	1	MO
G	<i>amiodarone hcl tablet 400mg</i>	3	MO
G	<i>disopyramide phosphate</i>	1	MO
G	<i>flecainide acetate</i>	2	MO
G	<i>mexiletine hcl</i>	2	MO
B	MULTAQ	3	MO
B	NORPACE CR	3	MO
G	<i>pacerone tablet 200mg</i>	1	MO
G	<i>procainamide hcl</i>	1	MO
G	<i>propafenone hcl</i>	2	MO
G	<i>quinidine gluconate er</i>	2	MO
G	<i>quinidine sulfate</i>	1	MO
G	<i>quinidine sulfate er</i>	2	MO
G	<i>sorine</i>	2	MO
G	<i>sotalol hcl</i>	1	MO
G	<i>sotalol hcl (af)</i>	1	MO
B	TIKOSYN	3	MO
<b>BETAADRENÉRGICOS, AGENTES BLOQUEADORES</b>			
G	<i>acebutolol hcl</i>	1	MO
G	<i>atenolol</i>	1	MO
G	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	1	MO
G	<i>betaxolol hcl</i>	2	MO
G	<i>bisoprolol fumarate</i>	1	MO
G	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>carvedilol</i>	1	MO
B	COREG CR	2	QL (31 cápsulas cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>CARDIOVASCULARES, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>BETAADRENÉRGICOS, AGENTES BLOQUEADORES (continuaciùn)</b>			
G	<i>labetalol hcl</i>	1	MO
G	<i>metoprolol succinate er</i>	1	MO
G	<i>metoprolol tartrate injection</i>	2	MO
G	<i>metoprolol tartrate tablet</i>	1	MO
G	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>nadolol</i>	1	MO
G	<i>pindolol</i>	1	MO
G	<i>propranolol hcl er</i>	2	MO
G	<i>propranolol hcl injection, oral solution</i>	2	MO
G	<i>propranolol hcl tablet</i>	1	MO
G	<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>timolol maleate tablet</i>	1	MO
<b>CALCIO, AGENTES BLOQUEADORES DE CANAL</b>			
G	<i>amlodipine besylate</i>	1	MO
G	<i>cartia xt</i>	2	MO
G	<i>dilt-cd</i>	2	MO
G	<i>dilt-xr</i>	2	MO
G	<i>diltiazem cd</i>	2	MO
G	<i>diltiazem hcl</i>	2	MO
G	<i>diltiazem hcl er</i>	2	MO
G	<i>diltzac</i>	2	MO
G	<i>felodipine er</i>	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>matzim la</i>	2	MO
G	<i>nicardipine hcl capsule</i>	2	MO
G	<i>nifediac cc</i>	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>nifedical xl</i>	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>nifedipine</i>	2	MO
G	<i>nifedipine er</i>	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>nimodipine</i>	3	MO
G	<i>taztia xt</i>	2	MO
G	<i>verapamil hcl er</i>	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>CARDIOVASCULARES, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>CALCIO, AGENTES BLOQUEADORES DE CANAL (continuaciùn)</b>			
G	<i>verapamil hcl sr</i>	2	MO
G	<i>verapamil hcl tablet</i>	1	MO
<b>CARDIOVASCULARES, OTROS AGENTES</b>			
G	<i>digoxin injection, oral solution</i>	2	MO
G	<i>digoxin tablet</i>	1	MO
B	LANOXIN	2	MO
B	RANEXA	3	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>reserpine</i>	2	MO
<b>DISLIPIDÉMICOS</b>			
G	<i>cholestyramine</i>	2	MO
G	<i>cholestyramine light</i>	2	MO
G	<i>colestipol hcl granules, tablet</i>	2	MO
G	<i>fenofibrate</i>	1	MO
G	<i>fenofibrate micronized</i>	1	MO
G	<i>gemfibrozil</i>	1	MO
B	LIPITOR	1	MO
G	<i>lovastatin</i>	1	MO
B	LOVAZA	3	MO
G	<i>micronized colestipol hcl</i>	2	MO
B	NIACOR	2	MO
G	<i>pravastatin sodium</i>	1	MO
G	<i>prevalite</i>	2	MO
G	<i>simvastatin</i>	1	MO
B	ZETIA	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
<b>DIURÉTICOS</b>			
G	<i>acetazolamide capsule extended release 12 hour</i>	3	MO
G	<i>acetazolamide tablet</i>	1	MO
G	<i>amiloride hcl</i>	1	MO
G	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>bumetanide injection</i>	2	MO
G	<i>bumetanide tablet</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>CARDIOVASCULARES, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>DIURÉTICOS (continuaciùn)</b>			
G	<i>chlorothiazide sodium injection</i>	2	MO
G	<i>chlorothiazide tablet</i>	1	MO
G	<i>chlorthalidone</i>	1	MO
G	<i>furosemide solution, tablet</i>	1	MO
G	<i>hydrochlorothiazide capsule</i>	1	MO
G	<i>hydrochlorothiazide tablet 25mg, 50mg</i>	1	MO
G	<i>indapamide</i>	1	MO
G	<i>methyclothiazide</i>	1	MO
G	<i>metolazone</i>	1	MO
G	<i>spironolactone</i>	1	MO
G	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>toremide tablet</i>	2	MO
G	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<b>RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA, INHIBIDORES SISTÉMICOS</b>			
G	<i>amlodipine besylate/benazepril hcl</i>	3	QL (31 cápsulas cada 31 días), MO
G	<i>benazepril hcl</i>	1	MO
G	<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>captopril</i>	1	MO
G	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
B	DIOVAN HCT TABLET 12.5MG; 160MG, 12.5MG; 80MG	3	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
B	DIOVAN HCT TABLET 12.5MG; 320MG, 25MG; 160MG, 25MG; 320MG	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	DIOVAN TABLET 160MG, 40MG, 80MG	3	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
B	DIOVAN TABLET 320MG	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>enalapril maleate</i>	1	MO
G	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>fosinopril sodium</i>	2	MO
G	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
G	<i>lisinopril</i>	1	MO
G	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>losartan potassium tablet 100mg</i>	1	QL (31 tabletas cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>CARDIOVASCULARES, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA, INHIBIDORES SISTÉMICOS (continuaciùn)</b>			
G	<i>losartan potassium tablet 25mg, 50mg</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 100mg, 25mg; 100mg</i>	1	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet 12.5mg; 50mg</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>moexipril hcl</i>	2	MO
G	<i>moexipril/hydrochlorothiazide</i>	2	MO
G	<i>quinapril hcl</i>	1	MO
G	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	1	MO
G	<i>ramipril</i>	1	MO
B	TEKTURNA	2	QL (31 tabletas cada 31 días), ST, MO
B	TEKTURNA HCT	2	QL (31 tabletas cada 31 días), ST, MO
G	<i>trandolapril</i>	1	MO
<b>VASODILATADORES</b>			
G	<i>hydralazine hcl injection</i>	3	MO
G	<i>hydralazine hcl tablet</i>	1	MO
G	<i>isosorbide dinitrate</i>	1	MO
G	<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
G	<i>isosorbide mononitrate er</i>	2	MO
G	<i>minoxidil</i>	2	MO
B	NITRO-BID	2	MO
G	<i>nitroglycerin injection, patch</i>	1	MO
G	<i>nitroglycerin transdermal</i>	1	MO
B	NITROSTAT	2	MO
<b>DENTALES Y ORALES, AGENTES</b>			
<b>DENTALES Y ORALES, AGENTES</b>			
G	<i>chlorhexidine gluconate oral rinse</i>	1	MO
G	<i>dentagel</i>	1	MO
G	<i>karigel</i>	1	MO
G	<i>periogard</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>DENTALES Y ORALES, AGENTES (continuaci�n)</b>			
<b>DENTALES Y ORALES, AGENTES (continuaci�n)</b>			
G	<i>pilocarpine hcl tablet</i>	3	MO
G	<i>sodium fluoride gel</i>	1	MO
G	<i>triamcinolone in orabase</i>	2	MO
<b>DERMATOLÓGICOS, AGENTES</b>			
<b>DERMATOLÓGICOS, AGENTES</b>			
B	8-MOP	2	MO
G	<i>ammonium lactate</i>	2	MO
B	AZELEX	2	MO
G	<i>calcipotriene</i>	3	MO
B	CARAC	3	MO
G	<i>clindamycin phosphate cream, gel, lotion, solution</i>	2	MO
B	CONDYLOX GEL	3	MO
G	<i>erythromycin</i>	1	MO
G	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	2	MO
B	FINACEA	2	MO
B	FLUOROPLEX	3	MO
G	<i>fluorouracil</i>	3	MO
G	<i>imiquimod</i>	3	PA, MO
G	<i>laclotion</i>	2	MO
G	<i>podofilox solution</i>	2	MO
B	PROTOPIC	3	PA, MO
B	REGRANEX	3	PA, MO
B	SANTYL	3	MO
B	SORIATANE	4	MO
B	TAZORAC	3	MO
G	<i>tretinoin cream, gel</i>	2	MO
G	<i>urea 40% cream</i>	3	MO
<b>GASTROINTESTINALES, AGENTES</b>			
<b>ANTIESPASMÓDICOS GASTROINTESTINALES</b>			
G	<i>atropine sulfate injection</i>	2	MO
G	<i>dicyclomine hcl</i>	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>GASTROINTESTINALES, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>ANTIESPASMÓDICOS GASTROINTESTINALES (continuaciùn)</b>			
G	<i>glycopyrrolate</i>	2	MO
G	<i>methscopolamine bromide</i>	2	MO
G	<i>propantheline bromide</i>	2	MO
<b>COLON IRRITABLE, AGENTES DE TRATAMIENTO DEL SÍNDROME</b>			
B	LOTROXEX TABLET 0.5MG	2	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
B	LOTROXEX TABLET 1MG	4	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
<b>GASTROINTESTINALES, OTROS AGENTES</b>			
B	AMITIZA	3	ST, MO
G	<i>diphenoxylate/atropine</i>	2	MO
G	<i>enulose</i>	1	MO
B	GASTROCROM	3	MO
G	<i>gavilyte-g</i>	1	MO
G	<i>generlac</i>	1	MO
G	<i>lactulose</i>	1	MO
G	<i>lonox</i>	2	MO
G	<i>loperamide hcl</i>	1	MO
G	<i>metoclopramide hcl</i>	1	MO
B	MOVIPREP	3	MO
B	NULYTELY/FLAVOR PACKS	3	MO
G	<i>peg 3350/electrolytes</i>	1	MO
G	<i>polyethylene glycol 3350</i>	1	MO
B	SUPREP BOWEL PREP	3	MO
G	<i>ursodiol capsule 300mg</i>	2	MO
<b>HISTAMINA 2 (H2), AGENTES BLOQUEADORES</b>			
G	<i>cimetidine</i>	1	MO
G	<i>cimetidine hcl solution</i>	2	MO
G	<i>famotidine premixed solution</i>	1	MO
G	<i>famotidine tablet</i>	1	MO
G	<i>ranitidine hcl injection, syrup</i>	3	MO
G	<i>ranitidine hcl tablet</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>GASTROINTESTINALES, AGENTES (continuación)</b>			
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>			
B	DEXILANT	3	MO
G	<i>omeprazole</i>	1	MO
G	<i>pantoprazole sodium</i>	1	MO
B	PROTONIX INJECTION	3	MO
<b>PROTECTANTES</b>			
B	CARAFATE SUSPENSION	3	MO
G	<i>misoprostol</i>	2	MO
G	<i>sucralfate</i>	1	MO
<b>GENITOURINARIOS, AGENTES</b>			
<b>AGLUTINANTES DE FOSFATOS</b>			
G	<i>calcium acetate</i>	2	MO
G	<i>eliphos</i>	2	MO
B	REVELA	3	MO
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS</b>			
G	<i>oxybutynin chloride er</i>	1	MO
G	<i>oxybutynin chloride syrup</i>	3	MO
G	<i>oxybutynin chloride tablet</i>	1	MO
G	<i>tropium chloride</i>	2	MO
B	VESICARE	2	MO
<b>HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, AGENTES</b>			
B	AVODART	2	QL (31 cápsulas cada 31 días), MO
G	<i>finasteride</i>	1	MO
B	JALYN	2	QL (31 cápsulas cada 31 días), MO
B	RAPAFLO	3	MO
G	<i>tamsulosin hcl</i>	1	MO
<b>GLUCOSA EN SANGRE, REGULADORES</b>			
<b>ANTIDIABÉTICOS, AGENTES</b>			
G	<i>acarbose</i>	2	MO
B	ACTOPLUS MET	3	QL (93 tabletas cada 31 días), MO
B	ACTOS	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	AVANDAMET	3	QL (62 tabletas cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>GLUCOSA EN SANGRE, REGULADORES (continuaciùn)</b>			
<b>ANTIDIABÉTICOS, AGENTES (continuaciùn)</b>			
B	AVANDARYL	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	AVANDIA	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	BYETTA	3	MO
B	DUETACT	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glimepiride</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glipizide</i>	1	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glipizide er</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glipizide xl</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glipizide/metformin hcl</i>	2	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glyburide</i>	1	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glyburide micronized</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glyburide/metformin hcl</i>	1	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>glycron</i>	1	MO
B	JANUMET	3	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
B	JANUVIA TABLET 100MG	3	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	JANUVIA TABLET 25MG, 50MG	3	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>metformin hcl er tablet extended release 24 hour 500mg</i>	1	QL (124 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>metformin hcl er tablet extended release 24 hour 750mg</i>	1	QL (77 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>metformin hcl tablet 1000mg</i>	1	QL (78 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>metformin hcl tablet 500mg</i>	1	QL (155 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>metformin hcl tablet 850mg</i>	1	QL (93 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>nateglinide</i>	2	MO
B	PRANDIMET	3	MO
B	PRANDIN	3	MO
B	SYMLIN	3	PA, MO
B	SYMLINPEN 120	3	PA, MO
B	SYMLINPEN 60	3	PA, MO
G	<i>tolazamide</i>	2	QL (62 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>tolbutamide</i>	1	QL (186 tabletas cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>GLUCOSA EN SANGRE, REGULADORES (continuación)</b>			
<b>GLUCÉMICOS, AGENTES</b>			
B	GLUCAGON EMERGENCY KIT	2	QL (4 kits cada 31 días), MO
B	PROGLYCEM	3	MO
<b>INSULINAS</b>			
B	HUMALOG	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMALOG KWIKPEN	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMALOG MIX 50/50	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMALOG MIX 75/25	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMULIN 70/30	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMULIN 70/30 PEN	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMULIN N	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMULIN N U-100 PEN	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMULIN R	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	2	QL (30 mls cada 31 días), PA, MO
B	LANTUS	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	LANTUS SOLOSTAR	2	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	LEVEMIR	3	QL (60 mls cada 31 días), MO
B	LEVEMIR FLEXPEN	3	QL (60 mls cada 31 días), MO
<b>HEMÁTICOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN</b>			
<b>AGREGACIÓN PLAQUETARIA, INHIBIDORES</b>			
B	AGGRENOX	3	MO
G	<i>cilostazol</i>	2	MO
G	<i>dipyridamole</i>	2	MO
G	<i>pentoxifylline er</i>	2	MO
B	PLAVIX	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>ticlopidine hcl</i>	1	MO
<b>ANTICOAGULANTES</b>			
B	ARIXTRA INJECTION 10MG/0.8ML	4	QL (11.2 mls cada 31 días), MO
B	ARIXTRA INJECTION 2.5MG/0.5ML	2	QL (16 mls cada 31 días), MO
B	ARIXTRA INJECTION 5MG/0.4ML	4	QL (5.6 mls cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marca G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>HEMÁTICOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN (continuaciùn)</b>			
<b>ANTICOAGULANTES (continuaciùn)</b>			
B	ARIXTRA INJECTION 7.5MG/0.6ML	4	QL (8.4 mls cada 31 días), MO
B	COUMADIN	2	MO
G	<i>enoxaparin sodium injection 100mg/ml, 150mg/ml</i>	4	QL (28 mls cada 31 días), MO
G	<i>enoxaparin sodium injection 120mg/0.8ml</i>	4	QL (22.4 mls cada 31 días), MO
G	<i>enoxaparin sodium injection 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml</i>	3	QL (8.4 mls cada 31 días), MO
G	<i>enoxaparin sodium injection 60mg/0.6ml</i>	3	QL (16.8 mls cada 31 días), MO
G	<i>enoxaparin sodium injection 80mg/0.8ml</i>	3	QL (22.4 mls cada 31 días), MO
G	<i>heparin sodium</i>	2	MO
G	<i>heparin sodium/d5w</i>	2	MO
G	<i>heparin sodium/nacl 0.45%</i>	2	MO
G	<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i>	2	MO
G	<i>jantoven</i>	1	MO
G	<i>warfarin sodium</i>	1	MO
<b>COAGULANTES</b>			
B	CYKLOKAPRON	2	MO
<b>FORMACIÓN DE SANGRE, PRODUCTOS</b>			
G	<i>anagrelide hydrochloride</i>	2	MO
B	LEUKINE	3	PA, MO
B	NEUMEGA	4	PA, MO
B	NEUPOGEN	4	PA, MO
B	PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	2	PA, MO
B	PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	4	PA, MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>HEMÁTICOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN (continuaciùn)</b>			
<b>HEMÁTICOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN</b>			
B	PROMACTA	4	PA, LA
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (ADRENALES)</b>			
<b>GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES</b>			
G	<i>a-methapred</i>	2	MO
G	<i>alclometasone dipropionate</i>	2	MO
G	<i>amcinonide</i>	2	MO
G	<i>augmented betamethasone dipropionate</i>	2	MO
G	<i>betamethasone dipropionate</i>	2	MO
G	<i>betamethasone valerate</i>	2	MO
G	<i>clobetasol propionate cream, gel, ointment, solution</i>	2	MO
G	<i>clobetasol propionate e cream</i>	2	MO
B	CLODERM	3	MO
B	CORDRAN LOTION	3	MO
G	<i>cormax</i>	2	MO
B	CORTIFOAM	3	MO
G	<i>cortisone acetate</i>	2	MO
B	DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL	2	MO
B	DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL	2	MO
G	<i>desonide cream, ointment</i>	1	MO
G	<i>desonide lotion</i>	2	MO
G	<i>desoximetasone</i>	3	MO
G	<i>dexamethasone elixir, solution</i>	2	MO
G	<i>dexamethasone sodium phosphate injection</i>	1	MO
G	<i>dexamethasone tablet</i>	1	MO
G	<i>diflorasone diacetate</i>	2	MO
G	<i>fludrocortisone acetate</i>	2	MO
G	<i>fluocinolone acetonide</i>	2	MO
G	<i>fluocinonide cream</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (ADRENALES) (continuaciùn)</b>			
<b>GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES (continuaciùn)</b>			
G	<i>fluocinonide emollient base cream</i>	1	MO
G	<i>fluocinonide gel, ointment, solution</i>	2	MO
G	<i>fluticasone propionate cream, ointment</i>	2	MO
G	<i>hydrocortisone butyrate</i>	1	MO
G	<i>hydrocortisone cream, ointment, tablet</i>	1	MO
G	<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	1	MO
G	<i>hydrocortisone valerate</i>	1	MO
B	MEDROL TABLET 2MG	3	MO
G	<i>methylprednisolone acetate injection</i>	2	MO
G	<i>methylprednisolone sodium succinate injection</i>	2	MO
G	<i>methylprednisolone tablet, 4mg dose pack</i>	1	MO
G	<i>millipred tablet</i>	1	MO
G	<i>mometasone furoate</i>	2	MO
G	<i>prednisolone sodium phosphate solution</i>	1	MO
G	<i>prednisone solution</i>	2	MO
G	<i>prednisone tablet</i>	1	MO
G	<i>procto-pak cream</i>	1	MO
G	<i>proctocream hc</i>	1	MO
G	<i>proctosol hc cream</i>	1	MO
G	<i>triamcinolone acetonide cream, ointment</i>	1	MO
G	<i>triamcinolone acetonide lotion</i>	2	MO
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)</b>			
<b>ANDRÓGENOS</b>			
B	ANDROXY	3	MO
G	<i>danazol</i>	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) (continuaciùn)</b>			
<b>ANDRÓGENOS (continuaciùn)</b>			
B	METHITEST	2	PA, MO
B	TESTIM	2	PA, MO
G	<i>testosterone cypionate</i>	2	PA, MO
G	<i>testosterone enanthate</i>	2	PA, MO
<b>ESTEROIDES ANABÓLICOS</b>			
B	ANADROL-50	4	PA, MO
G	<i>oxandrolone tablet 10mg</i>	4	QL (62 tabletas cada 31 días), PA, MO
G	<i>oxandrolone tablet 2.5mg</i>	2	QL (124 tabletas cada 31 días), PA, MO
<b>ESTRÓGENOS</b>			
G	<i>briellyn</i>	2	MO
G	<i>caziant</i>	2	MO
G	<i>cesia</i>	2	MO
B	ESTRACE CREAM	3	MO
B	ESTRADERM	2	MO
G	<i>estradiol patch weekly</i>	2	MO
G	<i>estradiol tablet</i>	1	MO
G	<i>estropipate</i>	2	MO
G	<i>jinteli</i>	2	MO
G	<i>leena</i>	2	MO
G	<i>loryna</i>	2	MO
B	PREMARIN INJECTION	2	MO
B	PREMARIN TABLET	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	PREMARIN W/APPLICATOR	2	MO
G	<i>tri-legest fe</i>	2	MO
B	VIVELLE-DOT	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) (continuaciùn)</b>			
<b>MODIFICADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES DE ESTRÓGENO, AGENTES</b>			
B	EVISTA	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
<b>PROGESTINAS</b>			
G	<i>apri</i>	2	MO
G	<i>aranelle</i>	2	MO
G	<i>aviane</i>	2	MO
G	<i>balziva</i>	2	MO
G	<i>brevicon-28</i>	2	MO
G	<i>camila</i>	2	MO
B	COMBIPATCH	2	MO
G	<i>cryselle-28</i>	2	MO
G	<i>enpresse-28</i>	2	MO
G	<i>errin</i>	2	MO
G	<i>jolivette</i>	2	MO
G	<i>junel 1.5/30</i>	2	MO
G	<i>junel 1/20</i>	2	MO
G	<i>junel fe 1.5/30</i>	2	MO
G	<i>junel fe 1/20</i>	2	MO
G	<i>kelnor 1/35</i>	2	MO
G	<i>lessina-28</i>	2	MO
G	<i>levora 0.15/30-28</i>	2	MO
G	<i>low-ogestrel</i>	2	MO
G	<i>lutera</i>	2	MO
G	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	MO
G	<i>megestrol acetate suspension</i>	2	MO
G	<i>megestrol acetate tablet</i>	1	MO
G	<i>microgestin 1/20</i>	2	MO
G	<i>microgestin fe</i>	2	MO
G	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	MO
G	<i>mononessa</i>	2	MO
G	<i>necon 0.5/35-28</i>	2	MO
G	<i>necon 1/35-28</i>	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) (continuaciùn)</b>			
<b>PROGESTINAS (continuaciùn)</b>			
G	necon 1/50-28	2	MO
G	necon 10/11-28	2	MO
G	necon 7/7/7	2	MO
G	next choice	2	MO
G	nora-be	2	MO
G	norethindrone acetate	2	MO
G	nortrel 0.5/35 (28)	2	MO
G	nortrel 1/35 (21)	2	MO
G	nortrel 1/35 (28)	2	MO
G	nortrel 7/7/7	2	MO
G	ocella	2	MO
G	portia-28	2	MO
B	PREMPHASE	2	MO
B	PREMPRO	2	MO
B	PREVIFEM	2	MO
G	reclipsen	2	MO
G	solia	2	MO
G	sprintec 28	2	MO
G	tri-previfem	2	MO
G	tri-sprintec	2	MO
G	trinessa	2	MO
G	trivora-28	2	MO
G	velivet	2	MO
G	zovia 1/35e	2	MO
G	zovia 1/50e	2	MO
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (PITUITARIA)</b>			
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (PITUITARIA)</b>			
G	chorionic gonadotropin	3	PA, MO
G	desmopressin acetate injection	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (PITUITARIA) (continuaciôn)</b>			
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (PITUITARIA) (continuaciôn)</b>			
G	<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	3	QL (15 mls cada 31 días), MO
G	<i>desmopressin acetate tablet</i>	2	MO
B	HUMATROPE	4	PA, MO
B	HUMATROPE COMBO PACK	4	PA, MO
B	INCRELEX	4	PA, LA
B	TEV-TROPIN	3	PA, MO
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (TIROIDES)</b>			
<b>HORMONALES, AGENTES ESTIMULANTES/REEMPLAZOS/MODIFICADORES (TIROIDES)</b>			
B	ARMOUR THYROID	2	MO
B	CYTOMEL TABLET 25MCG, 5MCG	3	MO
G	<i>levothroid</i>	1	MO
G	<i>levothyroxine sodium injection</i>	4	MO
G	<i>levothyroxine sodium tablet</i>	1	MO
G	<i>levoxyl</i>	1	MO
G	<i>liothyronine sodium tablet</i>	2	MO
G	<i>np thyroid 30</i>	2	MO
G	<i>np thyroid 60</i>	2	MO
G	<i>np thyroid 90</i>	2	MO
B	SYNTHROID	2	MO
B	THYROLAR-1	2	MO
B	THYROLAR-1/2	2	MO
B	THYROLAR-1/4	2	MO
B	THYROLAR-2	2	MO
B	THYROLAR-3	2	MO
G	<i>unithroid</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>HORMONALES, AGENTES SUPRESORES (ADRENALES)</b>			
<b>HORMONALES, AGENTES SUPRESORES (ADRENALES)</b>			
B	LYSODREN	2	MO
<b>HORMONALES, AGENTES SUPRESORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)</b>			
<b>ANTIANDRÓGENOS</b>			
G	<i>bicalutamide</i>	2	MO
G	<i>flutamide</i>	3	MO
B	NILANDRON	3	MO
<b>HORMONALES, AGENTES SUPRESORES (PARATIROIDEAS)</b>			
<b>HORMONALES, AGENTES SUPRESORES (PARATIROIDEAS)</b>			
B	SENSIPAR TABLET 30MG	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
B	SENSIPAR TABLET 60MG, 90MG	4	MO
<b>HORMONALES, AGENTES SUPRESORES (PITUITARIA)</b>			
<b>HORMONALES, AGENTES SUPRESORES (PITUITARIA)</b>			
B	LUPRON DEPOT	4	PA, MO
B	LUPRON DEPOT-PED	4	PA, MO
G	<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml</i>	4	PA, MO
G	<i>octreotide acetate injection 50mcg/ml</i>	2	PA, MO
B	SOMATULINE DEPOT	4	PA, MO
B	SOMAVERT	4	PA, MO
B	SYNAREL	4	MO
B	TRELSTAR DEPOT	4	QL (1 viales cada 28 días), PA, MO
B	TRELSTAR DEPOT MIXJECT	4	QL (1 viales cada 28 días), PA, MO
B	TRELSTAR LA	4	QL (1 viales cada 84 días), PA, MO
B	TRELSTAR LA MIXJECT	4	QL (1 viales cada 84 días), PA, MO
B	TRELSTAR MIXJECT	4	QL (1 viales cada 168 días), PA, MO
<b>HORMONALES, AGENTES SUPRESORES (TIROIDES)</b>			
<b>ANTITIROIDEOS, AGENTES</b>			
G	<i>methimazole</i>	1	MO
G	<i>propylthiouracil</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>INFLAMACIÓN DEL COLON IRRITABLE, AGENTES</b>			
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>			
G	colocort	3	MO
B	ENTOCORT EC	3	MO
G	hydrocortisone enema	3	MO
G	prednisolone	1	MO
<b>SALICILATOS</b>			
B	APRISO	3	MO
B	ASACOL	2	MO
G	balsalazide disodium	3	MO
B	CANASA	3	MO
G	mesalamine	3	MO
<b>SULFONAMIDAS</b>			
G	sulfasalazine	1	MO
G	sulfazine ec	2	MO
<b>INMUNOLÓGICOS, AGENTES</b>			
<b>INMUNIZANTES PASIVOS, AGENTES</b>			
B	CARIMUNE NANOFILTERED	4	PA, MO
B	GAMMAGARD LIQUID	4	PA, MO
B	THYMOGLOBULIN	2	PA, MO
<b>INMUNOMODULADORES</b>			
B	ACTIMMUNE	4	PA, LA
B	ARCALYST	4	PA, MO
B	AVONEX	4	PA, MO
B	COPAXONE	4	PA, MO
B	EXTAVIA	4	PA, MO
B	INTRON-A INJECTION 10MU/0.2ML, 5MU/0.2ML	4	PA, MO
B	INTRON-A INJECTION 10MU/ML, 3MU/0.2ML, 6000000UNIT/ML	3	PA, MO
B	INTRON-A W/DILUENT INJECTION 10MU, 18MU	3	PA, MO
B	INTRON-A W/DILUENT INJECTION 50MU	4	PA, MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>INMUNOLÓGICOS, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>INMUNOMODULADORES (continuaciùn)</b>			
G	<i>leflunomide</i>	2	MO
B	PEGASYS	4	PA, MO
B	REBIF	4	PA, MO
B	REBIF TITRATION PACK	4	PA, MO
B	RIDAURA	2	MO
<b>SISTEMA INMUNOLÓGICO, SUPRESORES</b>			
G	<i>azathioprine sodium injection</i>	1	PA, MO
G	<i>azathioprine tablet</i>	1	PA, MO
B	CELLCEPT SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA, MO
B	CIMZIA	4	PA, MO
B	CIMZIA STARTER KIT	4	PA, MO
B	CUPRIMINE	2	MO
G	<i>cyclosporine</i>	3	PA, MO
G	<i>cyclosporine modified</i>	3	PA, MO
B	ENBREL	4	PA, MO
B	ENBREL SURECLICK	4	PA, MO
G	<i>gengraf</i>	2	PA, MO
B	HUMIRA	4	PA, MO
B	HUMIRA PEN	4	PA, MO
B	HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER	4	PA, MO
B	HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	4	PA, MO
G	<i>methotrexate sodium injection</i>	1	PA, MO
G	<i>methotrexate tablet</i>	1	MO
G	<i>mycophenolate mofetil</i>	2	PA, MO
B	MYFORTIC	3	PA, MO
B	PROGRAF INJECTION	2	PA, MO
B	RAPAMUNE	2	PA, MO
B	REMICADE	4	PA, MO
B	SIMPONI	4	PA, MO
G	<i>tacrolimus capsule 0.5mg, 1mg</i>	3	PA, MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>INMUNOLÓGICOS, AGENTES (continuaciûn)</b>			
<b>SISTEMA INMUNOLÓGICO, SUPRESORES (continuaciûn)</b>			
G	<i>tacrolimus capsule 5mg</i>	4	PA, MO
B	TREXALL	3	MO
B	ZORTRESS TABLET 0.25MG	3	QL (62 tabletas cada 31 días), PA, MO
B	ZORTRESS TABLET 0.5MG, 0.75MG	4	PA, MO
<b>VACUNAS</b>			
B	ACTHIB	2	
B	ADACEL	2	
B	BIOTHRAX	3	
B	BOOSTRIX	2	
B	CERVARIX	2	PA
B	COMVAX	2	
B	DAPTACEL	2	
B	DECAVAC	2	
B	DIPHThERIA/TETANUS TOXOID PEDIATRIC	2	
B	ENGERIX-B	2	PA
B	GARDASIL	2	PA
B	HAVRIX	2	
B	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	2	
B	INFANRIX	2	
B	I POL INACTIVATED IPV	2	
B	IXIARO	2	
B	JE-VAX	2	
B	KINRIX	3	
B	M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE	2	
B	MENACTRA	2	
B	MENOMUNE-A/C/Y/W-135	2	
B	MENVEO	3	
B	PEDIARIX	2	
B	PEDVAX HIB	2	
B	PROQUAD	2	

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>INMUNOLÓGICOS, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>VACUNAS (continuaciùn)</b>			
B	RABAVERT	2	
B	RECOMBIVAX HB	2	PA
B	ROTATEQ	2	
B	TETANUS TOXOID ADSORBED	2	
B	TETANUS/DIPHTHERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	2	
B	TRIHIBIT	2	
B	TRIPEDIA	2	
B	TWINRIX	2	
B	TYPHIM VI	2	
B	VAQTA	2	
B	VARIVAX	2	
B	YF-VAX	2	
B	ZOSTAVAX	3	
<b>MUSCULOESQUELÉTICOS, RELAJADORES</b>			
<b>MUSCULOESQUELÉTICOS, RELAJADORES</b>			
G	<i>carisoprodol tablet 350mg</i>	2	QL (124 tabletas cada 31 días), PA, MO
G	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	2	QL (93 tabletas cada 31 días), PA, MO
G	<i>methocarbamol</i>	2	PA, MO
<b>NUTRIENTES TERAPÉUTICOS/MINERALES/ELECTROLITOS</b>			
<b>ELECTROLITOS/MINERALES</b>			
B	AMINOSYN	2	MO
B	AMINOSYN-RF	2	MO
G	<i>citric acid/sodium citrate</i>	1	MO
B	CLINIMIX 2.75%/DEXTROSE 5%	3	MO
B	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	3	MO
B	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 20%	3	MO
B	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 25%	3	MO
B	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	3	MO
B	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<i>NUTRIENTES TERAPÉUTICOS/MINERALES/ELECTROLITOS (continuaciùn)</i>			
<i>ELECTROLITOS/MINERALES (continuaciùn)</i>			
B	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	3	MO
B	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25%	3	MO
B	CLINISOL SF 15%	2	MO
G	<i>cytra-2</i>	1	QL (3600 mls cada 30 días), MO
G	<i>cytra-3</i>	1	QL (3600 mls cada 30 días), MO
B	DEXTROSE 10%/NAACL 0.45%	2	MO
B	DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX	2	MO
B	DEXTROSE 10% FLEX CONTAINER	2	MO
B	DEXTROSE 10%/NAACL 0.2%	2	MO
B	DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLORIDE 0.45%	2	MO
B	DEXTROSE 5%	2	MO
B	DEXTROSE 5%/NAACL 0.2%	2	MO
B	DEXTROSE 5%/NAACL 0.225%	2	MO
B	DEXTROSE 5%/NAACL 0.33%	2	MO
B	DEXTROSE 5%/NAACL 0.45%	2	MO
B	DEXTROSE 5%/NAACL 0.9%	2	MO
B	DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHLORIDE 0.075%	2	MO
B	FREAMINE III	3	MO
B	HEPATAMINE	3	MO
B	INTRALIPID	2	MO
B	KCL 0.3%/D5W/LR IV LAC RING	2	MO
G	<i>klor-con 10</i>	1	MO
G	<i>klor-con 25</i>	1	MO
G	<i>klor-con 8</i>	1	MO
G	<i>klor-con m10</i>	1	MO
G	<i>klor-con m15</i>	1	MO
G	<i>klor-con m20</i>	1	MO
G	<i>klor-con packet</i>	1	MO
B	LACTATED RINGERS	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>NUTRIENTES TERAPÉUTICOS/MINERALES/ELECTROLITOS (continuaciùn)</b>			
<b>ELECTROLITOS/MINERALES (continuaciùn)</b>			
B	LACTATED RINGERS VIAFLEX	2	MO
B	LIPOSYN II	2	MO
B	LIPOSYN III	2	MO
B	NEPHRAMINE	3	MO
B	NORMOSOL-M IN D5W	2	MO
B	NORMOSOL-R	2	MO
B	NORMOSOL-R IN D5W	2	MO
B	NOVAMINE	2	MO
B	PHYSIOLYTE	2	MO
B	POTASSIUM CHLORIDE 0.15%/D5W	2	MO
G	<i>potassium chloride er capsule extended release 10meq</i>	1	MO
G	<i>potassium chloride er tablet extended release</i>	1	MO
G	<i>potassium chloride injection 2meq/ml</i>	1	MO
G	<i>potassium chloride liquid</i>	1	MO
G	<i>potassium chloride sr</i>	1	MO
G	<i>potassium citrate extended-release</i>	2	MO
B	PROCALAMINE	3	MO
G	<i>sodium bicarbonate</i>	1	MO
G	<i>sodium chloride</i>	2	MO
G	<i>sodium chloride 0.9%</i>	2	MO
G	<i>sodium chloride 0.45% viaflex</i>	2	MO
G	<i>tpn electrolytes ftv</i>	2	MO
B	TRAVASOL	3	MO
B	TROPHAMINE INJECTION 97MEQ/L; 0.54GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.32GM/100ML; 0; 0; 0.5GM/100ML; 0.36GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.82GM/100ML; 1.4GM/100ML; 1.2GM/100ML; 0.34GM/100ML; 0.48GM/100ML; 0.68GM/100ML; 0.38GM/100ML; 5MEQ/L; 0.025GM/100ML; 0.42GM/100ML;	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>NUTRIENTES TERAPÉUTICOS/MINERALES/ELECTROLITOS (continuaciùn)</b>			
<b>VITAMINAS</b>			
G	<i>prenatabs obn</i>	1	MO
G	<i>prenatal plus</i>	1	MO
<b>OFTÁLMICOS, AGENTES</b>			
<b>OFTÁLMICOS, AGENTES ANTIALÉRGICOS</b>			
B	ALOCRIL	2	MO
G	<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	1	MO
B	PATADAY	3	MO
B	PATANOL	3	MO
<b>OFTÁLMICOS, AGENTES ANTIGLAUCOMA</b>			
B	ALPHAGAN P 0.1%, 0.15%	3	MO
B	AZOPT	2	MO
G	<i>betaxolol hcl</i>	2	MO
B	BETOPTIC-S	2	MO
G	<i>brimonidine tartrate solution 0.15%</i>	2	MO
G	<i>brimonidine tartrate solution 0.2%</i>	1	MO
G	<i>carteolol hcl</i>	1	MO
G	<i>dorzolamide hcl</i>	2	MO
G	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	2	MO
G	<i>levobunolol hcl</i>	1	MO
G	<i>methazolamide</i>	2	MO
G	<i>metipranolol</i>	1	MO
B	PILOPINE HS	2	MO
G	<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i>	2	MO
G	<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	1	QL (10 mls cada 31 días), MO
<b>OFTÁLMICOS, AGENTES ANTIINFLAMATORIOS</b>			
B	BROMDAY	3	QL (3.4 mls cada 31 días), MO
G	<i>bromfenac</i>	3	QL (2.5 mls cada 31 días), MO
B	CIPRODEX	3	MO
G	<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	1	MO
G	<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	1	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>OFTÁLMICOS, AGENTES (continuaciùn)</b>			
<b>OFTÁLMICOS, AGENTES ANTIINFLAMATORIOS (continuaciùn)</b>			
B	DUREZOL	3	MO
G	fluor-op	1	MO
G	fluorometholone	1	MO
G	flurbiprofen sodium ophthalmic solution	1	MO
B	FML OINTMENT	2	MO
G	ketorolac tromethamine	2	MO
G	neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone	2	MO
G	neomycin/polymyxin/dexamethasone	2	MO
G	neomycin/polymyxin/hydrocortisone	2	MO
B	NEVANAC	3	MO
G	prednisolone acetate	1	MO
G	prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution	1	MO
G	sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate	1	MO
B	TOBRADEX OINTMENT	3	MO
B	TOBRADEX ST	3	MO
G	tobramycin/dexamethasone	2	MO
B	VEXOL	3	MO
<b>OFTÁLMICOS, ANÁLOGOS DE PROSTAGLANDINA Y PROSTAMIDA</b>			
G	latanoprost	1	MO
B	LUMIGAN	2	QL (5 mls cada 31 días), MO
B	TRAVATAN Z	3	MO
<b>OFTÁLMICOS, OTROS AGENTES</b>			
G	ak-con	1	MO
G	atropine sulfate ophthalmic solution, ointment	2	MO
B	LACRISERT	3	MO
B	RESTASIS	3	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>ÓTICOS, AGENTES</b>			
<b>ÓTICOS, AGENTES</b>			
G	<i>acetic acid</i>	2	MO
G	<i>acetic acid/aluminum acetate</i>	2	MO
G	<i>cortomycin</i>	1	MO
B	DERMOTIC	2	MO
G	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	1	MO
<b>REEMPLAZOS/MODIFICADORES DE ENZIMAS</b>			
<b>REEMPLAZOS/MODIFICADORES DE ENZIMAS</b>			
B	ADAGEN	4	PA, MO
B	ALDURAZYME	4	PA, LA
B	BUPHENYL TABLET	4	PA, MO
B	CEREDASE	4	PA, LA
B	CEREZYME	4	PA, LA
B	CREON	3	MO
B	CYSTADANE	2	PA, MO
B	CYSTAGON	3	PA, MO
B	ELAPRASE	4	PA, MO
B	FABRAZYME	4	PA, LA
B	KUVAN	4	PA, MO
B	LUMIZYME	4	PA, LA
B	MYOZYME	4	PA, LA
B	NAGLAZYME	4	PA, LA
B	ORFADIN	4	PA, MO
B	VPRIV	4	PA, MO
B	ZAVESCA	4	PA, LA
B	ZENPEP	3	MO
<b>SEDATIVOS/HIPNÓTICOS</b>			
<b>SEDATIVOS/HIPNÓTICOS</b>			
G	<i>zaleplon</i>	2	MO
G	<i>zolpidem tartrate tablet 10mg</i>	1	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>zolpidem tartrate tablet 5mg</i>	1	QL (62 tabletas cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marca G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, AGENTES</b>			
<b>ANFETAMINAS, ADHD</b>			
G	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	2	PA, MO
G	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	2	PA, MO
G	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	2	PA, MO
<b>NO ANFETAMINAS, ADHD</b>			
G	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	2	MO
G	<i>metadate er</i>	2	MO
G	<i>methylin er</i>	2	MO
G	<i>methylin tablet</i>	2	MO
G	<i>methylphenidate hcl</i>	2	MO
G	<i>methylphenidate hcl sr</i>	2	MO
B	STRATTERA	3	PA, MO
<b>NO ANFETAMINAS, OTROS</b>			
B	PROVIGIL TABLET 100MG	2	PA, MO
B	PROVIGIL TABLET 200MG	4	PA, MO
B	RILUTEK	4	MO
B	XENAZINE	4	PA, LA
B	XYREM	4	PA, LA
<b>TERAPÉUTICOS VARIOS, AGENTES</b>			
<b>TERAPÉUTICOS VARIOS, AGENTES</b>			
G	<i>alcohol preps</i>	1	MO
B	BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	2	MO
B	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.3ML/31G X 5/16"	2	MO
B	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.5ML/30G X 1/2"	2	MO
B	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G X 5/16"	2	MO
B	BD PEN NEEDLE/ULTRAFINE/29G X 12.7MM	2	MO
B	CURITY GAUZE PADS 2"X2"	2	MO
B	HUMAPEN LUXURA HD	2	MO
B	HUMAPEN MEMOIR	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marco G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>TRACTO RESPIRATORIO, AGENTES</b>			
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES</b>			
B	ADCIRCA	4	PA, MO
B	LETAIRIS	4	QL (30 tabletas cada 30 días), PA, LA
B	REMODULIN	4	PA, MO
B	REVATIO TABLET	4	PA, MO
B	TRACLEER	4	PA, LA
<b>ANTIISTAMÍNICOS</b>			
G	<i>azelastine hcl nasal spray</i>	2	MO
G	<i>cyproheptadine hcl</i>	2	MO
G	<i>diphenhydramine hcl capsule 50mg</i>	2	MO
G	<i>diphenhydramine hcl elixir, injection</i>	2	MO
G	<i>hydroxyzine hcl</i>	2	MO
G	<i>hydroxyzine pamoate</i>	2	MO
G	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	3	MO
G	<i>promethazine vc</i>	2	MO
<b>ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES INHALADOS</b>			
B	ADVAIR DISKUS	2	QL (60 blisters cada 30 días), MO
B	ADVAIR HFA	2	QL (12 gramos cada 30 días), MO
B	ASMANEX INHALER	2	MO
B	DULERA	2	QL (13 gramos cada 30 días), MO
B	FLOVENT DISKUS	2	MO
B	FLOVENT HFA	2	MO
G	<i>flunisolide</i>	1	MO
G	<i>fluticasone propionate nasal spray</i>	1	MO
B	NASONEX	3	MO
B	QVAR	2	QL (21.9 gramos cada 31 días), MO
B	SYMBICORT	3	MO
<b>ANTILEUCOTRIÉNICOS</b>			
B	SINGULAIR	2	QL (31 tabletas cada 31 días), MO
G	<i>zafirlukast</i>	3	QL (62 tabletas cada 31 días), MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marca G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<b>TRACTO RESPIRATORIO, AGENTES (continuación)</b>			
<b>BRONCODILADORES ANTICOLINÉRGICOS</b>			
B	ATROVENT HFA	2	MO
G	<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	2	PA, MO
G	<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	1	MO
B	SPIRIVA HANDHALER	3	QL (30 cápsulas cada 30 días), MO
<b>BRONCODILADORES SIMPATOMIMÉTICOS</b>			
G	<i>albuterol sulfate er</i>	3	MO
G	<i>albuterol sulfate nebulization solution</i>	2	PA, MO
G	<i>albuterol sulfate syrup, tablet</i>	1	MO
B	COMBIVENT	2	MO
G	<i>epinephrine</i>	2	MO
B	EIPEN 2-PAK	3	MO
G	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	2	PA, MO
G	<i>metaproterenol sulfate syrup</i>	1	MO
G	<i>metaproterenol sulfate tablet</i>	2	MO
B	SEREVENT DISKUS	2	QL (60 blisters cada 30 días), MO
G	<i>terbutaline sulfate</i>	2	MO
B	VENTOLIN HFA	2	MO
<b>BRONCODILADORES, INHIBIDORES DE FOSFODIESTERASA (XANTINAS)</b>			
G	<i>aminophylline injection</i>	2	MO
G	<i>aminophylline tablet</i>	1	MO
B	THEO-24	2	MO
G	<i>theochron</i>	1	MO
G	<i>theophylline er</i>	1	MO
<b>MASTOCITOS, ESTABILIZADORES</b>			
G	<i>cromolyn sodium nebulization solution</i>	2	PA, MO
<b>TRACTO RESPIRATORIO, OTROS AGENTES</b>			
G	<i>acetylcysteine</i>	2	PA, MO
B	PROLASTIN	4	PA, LA
B	PROLASTIN-C	4	PA, LA
B	PULMOZYME	4	PA, MO
B	TYZINE	2	MO

LA Acceso limitado MO Pedidos por correo disponibles

B Medic. de marca G Genéricos PA Autorización previa QL Límite de cantidad ST Terapia escalonada

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	NOTAS
<i>TRACTO RESPIRATORIO, AGENTES (continuaciùn)</i>			
<i>TRACTO RESPIRATORIO, OTROS AGENTES (continuaciùn)</i>			
B	XOLAIR	4	PA, LA

LA	Acceso limitado	MO	Pedidos por correo disponibles
----	-----------------	----	--------------------------------

B	Medic. de marco	G	Genéricos	PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	ST	Terapia escalonada
---	-----------------	---	-----------	----	---------------------	----	--------------------	----	--------------------

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>Identificación numérica</b>	
8-MOP .....	29
<b>A</b>	
ABILIFY DISCMELT TABLET DISPERSIBLE 10MG	19
ABILIFY DISCMELT TABLET DISPERSIBLE 15MG	19
ABILIFY INJECTION .....	19
ABILIFY ORAL SOLUTION .....	19
ABILIFY TABLET .....	19
acarbose .....	31
acebutolol hcl .....	24
acetaminophen/codeine #3 .....	1
acetaminophen/codeine #4 .....	1
acetaminophen/codeine solution .....	1
acetaminophen/codeine tablet 300mg, 15mg ...	1
acetazolamide capsule extended release 12 hour .....	26
acetazolamide tablet .....	26
acetic acid .....	50
acetic acid/aluminum acetate .....	50
acetylcysteine .....	53
ACTHIB .....	44
acticin .....	18
ACTIMMUNE .....	42
ACTOPLUS MET .....	31
ACTOS .....	31
acyclovir capsule, tablet .....	23
acyclovir sodium injection .....	23
acyclovir suspension .....	23
ADACEL .....	44
ADAGEN .....	50
ADCIRCA .....	52
ADVAIR DISKUS .....	52
ADVAIR HFA .....	52
AFINITOR .....	17
AGGRENOLX .....	33
ak-con .....	49
ALBENZA .....	18
albuterol sulfate er .....	53
albuterol sulfate nebulization solution .....	53
albuterol sulfate syrup, tablet .....	53
alclometasone dipropionate .....	35
alcohol preps .....	51
ALDURAZYME .....	50
alendronate sodium tablet 10mg, 5mg .....	1
alendronate sodium tablet 35mg, 70mg .....	1
alendronate sodium tablet 40mg .....	1
ALIMTA .....	17
ALINIA .....	18
allopurinol .....	13
ALOCRIAL .....	48
ALPHAGAN P 0.1%, 0.15% .....	48
amantadine hcl capsule, syrup .....	22
amcinonide .....	35
a-methapred .....	35
amifostine .....	17
amikacin sulfate injection .....	3
amiloride hcl .....	26
amiloride/hydrochlorothiazide .....	26
aminophylline injection .....	53
aminophylline tablet .....	53
AMINOSYN .....	45
AMINOSYN-RF .....	45
amiodarone hcl tablet 200mg .....	24
amiodarone hcl tablet 400mg .....	24
AMITIZA .....	30
amitriptyline hcl .....	10
amlodipine besylate .....	25
amlodipine besylate/benazepril hcl .....	27
ammonium lactate .....	29
amoxapine .....	10
amoxicillin .....	5
amoxicillin/clavulanate potassium .....	5
amoxicillin/potassium clavulanate .....	5
amphetamine/dextroamphetamine .....	51
amphotericin b .....	12
ampicillin capsule .....	5
ampicillin sodium injection 125mg, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg .....	5
ampicillin suspension reconstituted .....	5
ampicillin-sulbactam .....	5
ANADROL-50 .....	37
anagrelide hydrochloride .....	34
anastrozole .....	17
ANCOBON .....	12
ANDROXY .....	36
ANTABUSE .....	11
APOKYN .....	18
apri .....	38
APRISO .....	42
APTIVUS .....	21
aranella .....	38
ARCALYST .....	42

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>A (continuaci�n)</b>		
ARIXTRA INJECTION 10MG/0.8ML .....	33	1/2" .....
ARIXTRA INJECTION 2.5MG/0.5ML .....	33	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.3ML/31G X
ARIXTRA INJECTION 5MG/0.4ML .....	33	5/16" .....
ARIXTRA INJECTION 7.5MG/0.6ML .....	34	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.5ML/30G X
ARMOUR THYROID .....	40	1/2" .....
ASACOL .....	42	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G X 5/
ASMANEX INHALER .....	52	16" .....
atenolol .....	24	BD PEN NEEDLE/ULTRAFINE/29G X 12.7MM ....
atenolol/chlorthalidone .....	24	benazepril hcl .....
ATRIPLA .....	22	benazepril hcl/hydrochlorothiazide .....
atropine sulfate injection .....	29	benztropine mesylate tablet .....
atropine sulfate ophthalmic solution, ointment	49	betamethasone dipropionate .....
ATROVENT HFA .....	53	betamethasone valerate .....
augmented betamethasone dipropionate .....	35	betaxolol hcl .....
AVANDAMET .....	31	bethanechol chloride .....
AVANDARYL .....	32	BETOPTIC-S .....
AVANDIA .....	32	bicalutamide .....
AVASTIN .....	18	BICILLIN C-R .....
aviane .....	38	BICILLIN L-A .....
AVODART .....	31	BIOTHRAX .....
AVONEX .....	42	bisoprolol fumarate .....
AZASITE .....	6	bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide .....
azathioprine sodium injection .....	43	bleomycin sulfate .....
azathioprine tablet .....	43	BONIVA INJECTION .....
azelastine hcl nasal spray .....	52	BONIVA TABLET 150MG .....
AZELEX .....	29	BOOSTRIX .....
AZILECT .....	18	brevicon-28 .....
azithromycin injection,		briellyn .....
suspension reconstituted .....	6	brimonidine tartrate solution 0.15% .....
azithromycin tablet .....	6	brimonidine tartrate solution 0.2% .....
AZOPT .....	48	BROMDAY .....
		bromfenac .....
		bromocriptine mesylate .....
		budeprion sr .....
		budeprion xl .....
		bumetanide injection .....
		bumetanide tablet .....
		BUPHENYL TABLET .....
		buprenorphine hcl injection .....
		buprenorphine hcl tablet sublingual .....
		buproban .....
		bupropion hcl .....
		bupropion hcl sr .....
		bupropion hcl xl .....
		buspironone hcl .....
		butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine ..
		BYETTA .....

**B**

bacitracin .....	4	bumetanide injection .....	26
bacitracin/polymyxin b .....	4	bumetanide tablet .....	26
baclofen tablet .....	12	BUPHENYL TABLET .....	50
balsalazide disodium .....	42	buprenorphine hcl injection .....	12
balziva .....	38	buprenorphine hcl tablet sublingual .....	12
BANZEL SUSPENSION .....	7	buproban .....	9
BANZEL TABLET 200MG .....	7	bupropion hcl .....	9
BANZEL TABLET 400MG .....	7	bupropion hcl sr .....	9
BARACLUDE SOLUTION .....	23	bupropion hcl xl .....	9
BARACLUDE TABLET .....	23	buspironone hcl .....	3
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X		butalbital/acetaminophen/caffeine/codeine ..	1
		BYETTA .....	32

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>C</b>	
	CEREZYME ..... 50
	CERVARIX ..... 44
	cesia ..... 37
	CHANTIX STARTER PACK ..... 11
	CHANTIX TABLET 0.5MG, 1MG ..... 11
	chlordiazepoxide/amitriptyline ..... 11
	chlorhexidine gluconate oral rinse ..... 28
	chloroquine phosphate ..... 18
	chlorothiazide sodium injection ..... 27
	chlorothiazide tablet ..... 27
	chlorpromazine hcl injection ..... 20
	chlorpromazine hcl tablet ..... 20
	chlorthalidone ..... 27
	cholestyramine ..... 26
	cholestyramine light ..... 26
	chorionic gonadotropin ..... 39
	ciclopirox gel, shampoo ..... 12
	ciclopirox nail lacquer ..... 12
	ciclopirox olamine ..... 12
	ciclopirox suspension ..... 12
	cilostazol ..... 33
	cimetidine ..... 30
	cimetidine hcl solution ..... 30
	CIMZIA ..... 43
	CIMZIA STARTER KIT ..... 43
	CIPRODEX ..... 48
	ciprofloxacin hcl ophthalmic solution ..... 6
	ciprofloxacin hcl tablet 250mg, 500mg, 750mg ..... 6
	ciprofloxacin injection ..... 6
	citalopram hydrobromide solution ..... 10
	citalopram hydrobromide tablet ..... 10
	citric acid/sodium citrate ..... 45
	clarithromycin suspension reconstituted ..... 6
	clarithromycin tablet ..... 6
	clindamycin hcl capsule ..... 4
	clindamycin phosphate cream, gel, lotion, solution ..... 29
	clindamycin phosphate injection ..... 4
	CLINIMIX 2.75%/DEXTROSE 5% ..... 45
	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10% ..... 45
	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 20% ..... 45
	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 25% ..... 45
	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5% ..... 45
	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15% ..... 45
	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20% ..... 46
	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 25% ..... 46
	CLINISOL SF 15% ..... 46
calcipotriene ..... 29	
calcitonin-salmon ..... 1	
calcitriol capsule ..... 1	
calcitriol injection, oral solution ..... 1	
calcium acetate ..... 31	
camila ..... 38	
CAMPATH ..... 18	
CAMPRAL ..... 11	
CANASA ..... 42	
CAPASTAT SULFATE ..... 15	
captopril ..... 27	
captopril/hydrochlorothiazide ..... 27	
CARAC ..... 29	
CARAFATE SUSPENSION ..... 31	
carbamazepine suspension ..... 8	
carbamazepine tablet chewable, tablet ..... 8	
carbidopa/levodopa cr ..... 19	
carbidopa/levodopa sr ..... 19	
carbidopa/levodopa tablet ..... 19	
CARIMUNE NANOFILTERED ..... 42	
carisoprodol tablet 350mg ..... 45	
carteolol hcl ..... 48	
cartia xt ..... 25	
carvedilol ..... 24	
caziant ..... 37	
CEENU ..... 16	
cefaclor ..... 4	
cefadroxil ..... 4	
cefazolin sodium ..... 4	
cefdinir capsule, suspension reconstituted ..... 4	
cefepime ..... 4	
cefotaxime sodium ..... 4	
cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm ..... 4	
cefpodoxime proxetil suspension reconstituted ..... 5	
cefpodoxime proxetil tablet ..... 5	
cefprozil suspension reconstituted, tablet ..... 5	
ceftazidime ..... 5	
ceftriaxone sodium ..... 5	
cefuroxime axetil suspension reconstituted ..... 5	
cefuroxime axetil tablet ..... 5	
cefuroxime sodium injection 1.5gm, 750mg ..... 5	
CELLCEPT SUSPENSION RECONSTITUTED ..... 43	
CELONTIN ..... 8	
cephalexin ..... 5	
CEREDASE ..... 50	

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>C (continuaciùn)</b>	
<i>clobetasol propionate cream, gel, ointment, solution</i> .....	35
<i>clobetasol propionate e cream</i> .....	35
CLODERM .....	35
<i>clomipramine hcl</i> .....	11
<i>clonidine hcl tablet</i> .....	23
clorpres .....	23
<i>clotrimazole cream, troche</i> .....	12
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i> .....	12
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate lotion</i> .....	12
<i>clozapine</i> .....	19
<i>codeine sulfate</i> .....	1
co-gesic .....	1
COLCRYST .....	13
<i>colestipol hcl granules, tablet</i> .....	26
<i>colistimethate sodium injection</i> .....	4
colocort .....	42
COMBIPATCH .....	38
COMBIVENT .....	53
COMBIVIR .....	22
compro .....	13
COMTAN .....	19
COMVAX .....	44
CONDYLOX GEL .....	29
COPAXONE .....	42
CORDRAN LOTION .....	35
COREG CR .....	24
cormax .....	35
CORTIFOAM .....	35
<i>cortisone acetate</i> .....	35
<i>cortomycin</i> .....	50
COUMADIN .....	34
CREON .....	50
CRIVAN .....	21
<i>cromolyn sodium nebulization solution</i> .....	53
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i> .....	48
cryselle-28 .....	38
CUPRIMINE .....	43
CURITY GAUZE PADS 2"X2" .....	51
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	45
<i>cyclophosphamide</i> .....	16
<i>cyclosporine</i> .....	43
<i>cyclosporine modified</i> .....	43
CYKLOKAPRON .....	34
CYMBALTA .....	10
<i>cyproheptadine hcl</i> .....	52
CYSTADANE .....	50
CYSTAGON .....	50
CYTOMEL TABLET 25MCG, 5MCG .....	40
cytra-2 .....	46
cytra-3 .....	46
<b>D</b>	
<i>danazol</i> .....	36
DAPSONE .....	15
DAPTACEL .....	44
DARAPRIM .....	18
DECAVAC .....	44
<i>demeclocycline hcl tablet 150mg</i> .....	7
<i>demeclocycline hcl tablet 300mg</i> .....	7
DENAVIR CREAM .....	23
<i>dentagel</i> .....	28
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL .....	35
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL .....	35
DERMOTIC .....	50
<i>desipramine hcl</i> .....	11
<i>desmopressin acetate injection</i> .....	39
<i>desmopressin acetate nasal solution</i> .....	40
<i>desmopressin acetate tablet</i> .....	40
<i>desonide cream, ointment</i> .....	35
<i>desonide lotion</i> .....	35
<i>desoximetasone</i> .....	35
<i>dexamethasone elixir, solution</i> .....	35
<i>dexamethasone sodium phosphate injection</i> .....	35
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i> .....	48
<i>dexamethasone tablet</i> .....	35
DEXILANT .....	31
<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	51
<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	51
<i>dextroamphetamine sulfate er</i> .....	51
DEXTROSE 10% FLEX CONTAINER .....	46
DEXTROSE 10%/NAACL 0.2% .....	46
DEXTROSE 10%/NAACL 0.45% .....	46
DEXTROSE 2.5%/SODIUM CHLORIDE 0.45% .....	46
DEXTROSE 5% .....	46
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 VIAFLEX .....	46
DEXTROSE 5%/NAACL 0.2% .....	46
DEXTROSE 5%/NAACL 0.225% .....	46
DEXTROSE 5%/NAACL 0.33% .....	46
DEXTROSE 5%/NAACL 0.45% .....	46

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>D (continuaciùn)</b>			
DEXTROSE 5%/NACL 0.9% .....	46	<i>doxepin hcl concentrate</i> .....	11
DEXTROSE 5%/POTASSIUM CHLORIDE 0.075% .....	46	<i>doxycycline hyclate capsule</i> .....	7
<i>diclofenac potassium</i> .....	14	<i>doxycycline hyclate injection</i> .....	7
<i>diclofenac sodium ec tablet delayed release</i>		<i>doxycycline hyclate tablet 100mg</i> .....	7
50mg .....	14	<i>dronabinol capsule 10mg, 5mg</i> .....	13
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i> .....	48	<i>dronabinol capsule 2.5mg</i> .....	13
<i>diclofenac sodium tablet</i> .....	14	DROXIA .....	16
<i>diclofenac sodium xr</i> .....	14	DUETACT .....	32
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	5	DULERA .....	52
<i>dicyclomine hcl</i> .....	29	<i>duramorph</i> .....	1
<i>didanosine</i> .....	22	DUREZOL .....	49
<i>diflorasone diacetate</i> .....	35		
<i>diflunisal</i> .....	14	<b>E</b>	
<i>digoxin injection, oral solution</i> .....	26	<i>e.e.s. 400</i> .....	6
<i>digoxin tablet</i> .....	26	<i>e.e.s. granules</i> .....	6
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	16	<i>econazole nitrate</i> .....	12
DILANTIN CAPSULE 30MG .....	8	EDURANT .....	21
DILANTIN INFATABS .....	8	ELAPRASE .....	50
<i>dilt-cd</i> .....	25	<i>eliphos</i> .....	31
<i>diltiazem cd</i> .....	25	ELITEK .....	16
<i>diltiazem hcl</i> .....	25	EMCYT .....	16
<i>diltiazem hcl er</i> .....	25	EMEND COMBO PACK, CAPSULE .....	13
<i>dilt-xr</i> .....	25	EMSAM .....	10
<i>diltzac</i> .....	25	EMTRIVA .....	22
DIOVAN HCT TABLET 12.5MG,		<i>enalapril maleate</i> .....	27
160MG, 12.5MG, 80MG .....	27	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i> .....	27
DIOVAN HCT TABLET 12.5MG,		ENBREL .....	43
320MG, 25MG, 160MG, 25MG, 320MG .....	27	ENBREL SURECLICK .....	43
DIOVAN TABLET 160MG, 40MG, 80MG .....	27	<i>endocet tablet 325mg,</i>	
DIOVAN TABLET 320MG .....	27	10mg, 325mg, 5mg, 325mg, 7.5mg, 500mg, 7.5mg	
<i>diphenhydramine hcl capsule 50mg</i> .....	52	.....	1
<i>diphenhydramine hcl elixir, injection</i> .....	52	<i>endocet tablet 650mg, 10mg</i> .....	1
<i>diphenoxylate/atropine</i> .....	30	ENGERIX-B .....	44
DIPHThERIA/TETANUS TOXOID PEDIATRIC ...	44	<i>enoxaparin sodium injection 100mg/ml,</i>	
<i>dipyridamole</i> .....	33	150mg/ml .....	34
<i>disopyramide phosphate</i> .....	24	<i>enoxaparin sodium injection 120mg/0.8ml</i> .....	34
<i>disulfiram</i> .....	11	<i>enoxaparin sodium injection 30mg/0.3ml,</i>	
<i>divalproex sodium</i> .....	23	40mg/0.4ml .....	34
<i>divalproex sodium er</i> .....	23	<i>enoxaparin sodium injection 60mg/0.6ml</i> .....	34
<i>donepezil hcl tablet</i> .....	9	<i>enoxaparin sodium injection 80mg/0.8ml</i> .....	34
<i>donepezil hcl tablet dispersible</i> .....	9	<i>enpresse-28</i> .....	38
<i>dorzolamide hcl</i> .....	48	ENTOCORT EC .....	42
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> .....	48	<i>enulose</i> .....	30
<i>doxazosin mesylate</i> .....	23	<i>epinephrine</i> .....	53
<i>doxepin hcl capsule</i> .....	11	EPIPEN 2-PAK .....	53
		<i>epitol</i> .....	8
		EPIVIR .....	22



## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>G</b>			
<i>gabapentin capsule 100mg, 300mg</i> .....	8	<i>haloperidol decanoate</i> .....	21
<i>gabapentin capsule 400mg</i> .....	8	<i>haloperidol lactate</i> .....	21
<i>gabapentin solution</i> .....	8	HAVRIX .....	44
<i>gabapentin tablet 600mg</i> .....	8	HECTOROL .....	1
<i>gabapentin tablet 800mg</i> .....	8	<i>heparin sodium</i> .....	34
GABITRIL .....	8	<i>heparin sodium/d5w</i> .....	34
<i>galantamine hydrobromide</i> .....	9	<i>heparin sodium/nacl 0.45%</i> .....	34
GAMMAGARD LIQUID .....	42	<i>heparin sodium/sodium chloride 0.9% premix</i> .....	34
<i>ganciclovir capsule</i> .....	22	HEPATAMINE .....	46
GARDASIL .....	44	HEPSERA .....	23
GASTROCROM .....	30	HEXALEN .....	16
<i>gavilyte-g</i> .....	30	HUMALOG .....	33
<i>gemfibrozil</i> .....	26	HUMALOG KWIKPEN .....	33
<i>generlac</i> .....	30	HUMALOG MIX 50/50 .....	33
<i>gengraf</i> .....	43	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN .....	33
<i>gentak ointment</i> .....	3	HUMALOG MIX 75/25 .....	33
<i>gentamicin sulfate cream,</i> <i>ointment, ophthalmic solution</i> .....	3	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN .....	33
<i>gentamicin sulfate injection</i> .....	3	HUMAPEN LUXURA HD .....	51
GEODON CAPSULE .....	19	HUMAPEN MEMOIR .....	51
GEODON INJECTION .....	19	HUMATROPE .....	40
GLEEVEC .....	17	HUMATROPE COMBO PACK .....	40
<i>glimepiride</i> .....	32	HUMIRA .....	43
<i>glipizide</i> .....	32	HUMIRA PEN .....	43
<i>glipizide er</i> .....	32	HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER .....	43
<i>glipizide xl</i> .....	32	HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER .....	43
<i>glipizide/metformin hcl</i> .....	32	HUMULIN 70/30 .....	33
GLUCAGON EMERGENCY KIT .....	33	HUMULIN 70/30 PEN .....	33
<i>glyburide</i> .....	32	HUMULIN N .....	33
<i>glyburide micronized</i> .....	32	HUMULIN N U-100 PEN .....	33
<i>glyburide/metformin hcl</i> .....	32	HUMULIN R .....	33
<i>glycopyrrolate</i> .....	30	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) .....	33
<i>glycron</i> .....	32	<i>hydralazine hcl injection</i> .....	28
<i>granisetron hcl injection</i> .....	13	<i>hydralazine hcl tablet</i> .....	28
<i>granisetron hcl tablet</i> .....	13	<i>hydrochlorothiazide capsule</i> .....	27
GRIFULVIN V .....	12	<i>hydrochlorothiazide tablet 25mg, 50mg</i> .....	27
<i>griseofulvin microsize suspension</i> .....	12	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet</i> <i>750mg,</i> <i>10mg</i> .....	2
<i>guanabenz acetate</i> .....	23	<i>hydrocodone/acetaminophen solution 500mg/</i> <i>15ml,</i> <i>7.5mg/15ml</i> .....	2
<i>guanfacine hcl</i> .....	24	<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 325mg,</i> <i>10mg, 325mg, 5mg, 325mg, 7.5mg, 500mg, 10mg,</i> <i>500mg, 2.5mg, 500mg, 5mg, 500mg, 7.5mg</i> .....	2
GUANIDINE HCL .....	15	<i>hydrocodone/acetaminophen tablet 650mg,</i> <i>10mg, 650mg, 7.5mg, 660mg, 10mg</i> .....	2
<b>H</b>			
HALDOL DECANOATE 100 .....	20		
HALDOL DECANOATE 50 .....	20		
<i>haloperidol</i> .....	21		

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>H (continuaciùn)</b>			
		6MG .....	20
hydrocodone/acetaminophen tablet 750mg, 7.5mg .....	2	INVIRASE .....	21
hydrocodone/ibuprofen .....	2	IPOLE INACTIVATED IPV .....	44
hydrocortisone butyrate .....	36	ipratropium bromide inhalation solution .....	53
hydrocortisone cream, ointment, tablet .....	36	ipratropium bromide nasal solution .....	53
hydrocortisone enema .....	42	ipratropium bromide/albuterol sulfate .....	53
hydrocortisone lotion 2.5% .....	36	IRESSA .....	17
hydrocortisone valerate .....	36	ISENTRESS .....	22
hydromorphone hcl injection .....	2	isoniazid syrup .....	15
hydromorphone hcl tablet .....	2	isoniazid tablet .....	15
hydroxychloroquine sulfate .....	18	isosorbide dinitrate .....	28
hydroxyurea .....	16	isosorbide mononitrate .....	28
hydroxyzine hcl .....	52	isosorbide mononitrate er .....	28
hydroxyzine pamoate .....	52	itraconazole .....	12
		IXEMPRA KIT .....	17
		IXIARO .....	44
	<b>I</b>		<b>J</b>
ibuprofen suspension .....	14	JALYN .....	31
ibuprofen tablet .....	14	jantoven .....	34
ifosfamide .....	17	JANUMET .....	32
imipramine hcl .....	11	JANUVIA TABLET 100MG .....	32
imipramine pamoate .....	11	JANUVIA TABLET 25MG, 50MG .....	32
imiquimod .....	29	JE-VAX .....	44
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....	44	jinteli .....	37
INCRELEX .....	40	jolivette .....	38
indapamide .....	27	junel 1.5/30 .....	38
indomethacin .....	14	junel 1/20 .....	38
INFANRIX .....	44	junel fe 1.5/30 .....	38
INTELENCE .....	22	junel fe 1/20 .....	38
INTRALIPID .....	46		
INTRON-A INJECTION 10MU/0.2ML, 5MU/0.2ML .....	42		<b>K</b>
INTRON-A INJECTION 10MU/ML, 3MU/0.2ML, 6000000UNIT/ML .....	42	KALETRA .....	21
INTRON-A W/DILUENT INJECTION 10MU, 18MU .....	42	karigel .....	28
INTRON-A W/DILUENT INJECTION 50MU .....	42	KCL 0.3%/D5W/LR IV LAC RING .....	46
INVANZ .....	5	kelnor 1/35 .....	38
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML, 156MG/ML, 234MG/1.5ML .....	20	ketoconazole .....	12
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML, 78MG/0.5ML .....	20	ketoprofen .....	14
INVEGA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1.5MG, 3MG, 9MG .....	20	ketoprofen er .....	14
INVEGA TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR		ketorolac tromethamine .....	49
		KINRIX .....	44
		kionex .....	11
		klor-con 10 .....	46
		klor-con 25 .....	46
		klor-con 8 .....	46
		klor-con m10 .....	46
		klor-con m15 .....	46

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>K (continuaciùn)</b>			
<i>klor-con m20</i> .....	46	<i>lidocaine/prilocaine cream</i> .....	3
<i>klor-con packet</i> .....	46	LIDODERM .....	3
KUVAN .....	50	<i>liothyronine sodium tablet</i> .....	40
<b>L</b>		LIPITOR .....	26
<i>labetalol hcl</i> .....	25	LIPOSYN II .....	47
<i>laclotion</i> .....	29	LIPOSYN III .....	47
LACRISERT .....	49	<i>lisinopril</i> .....	27
LACTATED RINGERS .....	46	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> .....	27
LACTATED RINGERS VIAFLEX .....	47	<i>lithium carbonate</i> .....	23
<i>lactulose</i> .....	30	<i>lithium carbonate er</i> .....	23
<i>lamotrigine tablet</i> .....	8	<i>lithium citrate syrup</i> .....	23
<i>lamotrigine tablet chewable</i> .....	8	LODOSYN .....	19
LANOXIN .....	26	<i>lonox</i> .....	30
LANTUS .....	33	<i>loperamide hcl</i> .....	30
LANTUS SOLOSTAR .....	33	<i>loryna</i> .....	37
<i>latanoprost</i> .....	49	<i>losartan potassium tablet 100mg</i> .....	27
LATUDA .....	20	<i>losartan potassium tablet 25mg, 50mg</i> .....	28
<i>leena</i> .....	37	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet</i> 12.5mg,	
<i>leflunomide</i> .....	43	100mg, 25mg, 100mg .....	28
<i>lessina-28</i> .....	38	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tablet</i> 12.5mg,	
LETAIRIS .....	52	50mg .....	28
<i>letrozole</i> .....	17	LOTRONEX TABLET 0.5MG .....	30
<i>leucovorin calcium</i> .....	17	LOTRONEX TABLET 1MG .....	30
LEUKERAN .....	16	<i>lovastatin</i> .....	26
LEUKINE .....	34	LOVAZA .....	26
LEVEMIR .....	33	<i>low-ogestrel</i> .....	38
LEVEMIR FLEXPEN .....	33	<i>loxapine succinate</i> .....	21
<i>levetiracetam injection, oral solution</i> .....	7	LUMIGAN .....	49
<i>levetiracetam tablet</i> .....	7	LUMIZYME .....	50
<i>levobunolol hcl</i> .....	48	LUPRON DEPOT .....	41
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	52	LUPRON DEPOT-PED .....	41
<i>levofloxacin tablet</i> .....	6	<i>lutera</i> .....	38
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	38	LYRICA .....	8
<i>levothroid</i> .....	40	LYSODREN .....	41
<i>levothyroxine sodium injection</i> .....	40	<b>M</b>	
<i>levothyroxine sodium tablet</i> .....	40	<i>malathion</i> .....	18
<i>levoxyl</i> .....	40	<i>maprotiline hcl</i> .....	11
LEXAPRO SOLUTION .....	10	MARPLAN .....	10
LEXAPRO TABLET .....	10	MATULANE .....	16
LEXIVA .....	21	<i>matzim la</i> .....	25
<i>lidocaine hcl injection</i> .....	3	<i>mebendazole</i> .....	18
<i>lidocaine hcl jelly</i> .....	3	<i>meclizine hcl</i> .....	13
<i>lidocaine ointment</i> .....	3	MEDROL TABLET 2MG .....	36
<i>lidocaine viscous</i> .....	3	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	38

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>M (continuaciôn)</b>		
<i>mefloquine hcl</i> .....	18	<i>metipranolol</i> .....48
<i>megestrol acetate suspension</i> .....	38	<i>metoclopramide hcl</i> .....30
<i>megestrol acetate tablet</i> .....	38	<i>metolazone</i> .....27
<i>meloxicam tablet</i> .....	14	<i>metoprolol succinate er</i> .....25
MENACTRA .....	44	<i>metoprolol tartrate injection</i> .....25
MENOMUNE-A/C/Y/W-135 .....	44	<i>metoprolol tartrate tablet</i> .....25
MENVEO .....	44	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i> .....25
<i>meprobamate</i> .....	3	<i>metronidazole cream</i> .....4
MEPRON .....	18	<i>metronidazole tablet</i> .....4
<i>mercaptapurine</i> .....	16	<i>mexiletine hcl</i> .....24
<i>mesalamine</i> .....	42	MIACALCIN INJECTION .....
<i>mesna solution</i> .....	17	<i>microgestin 1/20</i> .....38
MESNEX TABLET .....	17	<i>microgestin fe</i> .....38
MESTINON SYRUP .....	15	<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....38
MESTINON TIMESPAN .....	15	<i>micronized colestipol hcl</i> .....26
<i>metadate er</i> .....	51	<i>midodrine hcl</i> .....24
<i>metaproterenol sulfate syrup</i> .....	53	<i>millipred tablet</i> .....36
<i>metaproterenol sulfate tablet</i> .....	53	<i>minocycline hcl capsule</i> .....7
<i>metformin hcl er tablet extended release 24 hour 500mg</i> .....	32	<i>minoxidil</i> .....28
<i>metformin hcl er tablet extended release 24 hour 750mg</i> .....	32	<i>mirtazapine odt</i> .....9
<i>metformin hcl tablet 1000mg</i> .....	32	<i>mirtazapine tablet</i> .....9
<i>metformin hcl tablet 500mg</i> .....	32	<i>mirtazapine tablet dispersible</i> .....9
<i>metformin hcl tablet 850mg</i> .....	32	<i>misoprostol</i> .....31
<i>methadone hcl tablet</i> .....	2	<i>mitoxantrone hcl</i> .....17
<i>methadose</i> .....	2	M-M-R II W/DILUENT 10 DOSE .....
<i>methazolamide</i> .....	48	<i>moexipril hcl</i> .....28
<i>methenamine hippurate</i> .....	4	<i>moexipril/hydrochlorothiazide</i> .....28
<i>methimazole</i> .....	41	<i>mometasone furoate</i> .....36
METHITEST .....	37	<i>mononessa</i> .....38
<i>methocarbamol</i> .....	45	<i>morphine sulfate er</i> .....2
<i>methotrexate sodium injection</i> .....	43	<i>morphine sulfate injection, oral solution</i> .....2
<i>methotrexate tablet</i> .....	43	<i>morphine sulfate tablet</i> .....2
<i>methscopolamine bromide</i> .....	30	MOVIPREP .....
<i>methylothiazide</i> .....	27	MOXEZA .....
<i>methyldopa</i> .....	24	MULTAQ .....
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i> .....	24	<i>mupirocin</i> .....4
<i>methylin er</i> .....	51	MYCAMINE .....
<i>methylin tablet</i> .....	51	MYCOBUTIN .....
<i>methylphenidate hcl</i> .....	51	<i>mycophenolate mofetil</i> .....43
<i>methylphenidate hcl sr</i> .....	51	MYFORTIC .....
<i>methylprednisolone acetate injection</i> .....	36	MYOZYME .....
<i>methylprednisolone sodium succinate injection</i> .....	36	
<i>methylprednisolone tablet, 4mg dose pack</i> ....	36	<b>N</b>
		<i>nabumetone</i> .....14
		<i>nadolol</i> .....25
		NAFTIN .....
		NAGLAZYME .....





## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

P (continuaci�n)	Q
PREZISTA TABLET 400MG, 600MG .....21	<i>quinapril hcl</i> .....28
PRIFTIN .....15	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> .....28
PRIMAXIN I.M. ....5	<i>quinidine gluconate er</i> .....24
PRIMAXIN IV .....5	<i>quinidine sulfate</i> .....24
<i>primidone</i> .....8	<i>quinidine sulfate er</i> .....24
PRISTIQ .....10	QVAR .....52
<i>probenecid</i> .....13	
<i>procainamide hcl</i> .....24	<b>R</b>
PROCALAMINE .....47	RABAVERT .....45
<i>prochlorperazine edisylate injection</i> .....14	<i>ramipril</i> .....28
<i>prochlorperazine maleate tablet</i> .....14	RANEXA .....26
<i>prochlorperazine suppository</i> .....14	<i>ranitidine hcl injection, syrup</i> .....30
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML .....34	<i>ranitidine hcl tablet</i> .....30
PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML .....34	RAPAFLO .....31
<i>proctocream hc</i> .....36	RAPAMUNE .....43
<i>procto-pak cream</i> .....36	REBIF .....43
<i>proctosol hc cream</i> .....36	REBIF TITRATION PACK .....43
PROGLYCEM .....33	<i>reclipsen</i> .....39
PROGRAF INJECTION .....43	RECOMBIVAX HB .....45
PROLASTIN .....53	REGRANEX .....29
PROLASTIN-C .....53	RELENZA DISKHALER .....22
PROLEUKIN .....17	RELISTOR .....11
PROLIA .....1	REMICADE .....43
PROMACTA .....35	REMODULIN .....52
<i>promethazine hcl</i> .....14	REVELA .....31
<i>promethazine vc</i> .....52	<i>reprexain tablet 10mg, 200mg</i> .....2
<i>promethegan</i> .....14	RESCRIPTOR .....21
<i>propafenone hcl</i> .....24	<i>reserpine</i> .....26
<i>propantheline bromide</i> .....30	RESTASIS .....49
<i>propranolol hcl er</i> .....25	RETROVIR IV INFUSION .....22
<i>propranolol hcl injection, oral solution</i> .....25	REVATIO TABLET .....52
<i>propranolol hcl tablet</i> .....25	REVLIMID .....16
<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i> .....25	REYATAZ CAPSULE 100MG .....21
<i>propylthiouracil</i> .....41	REYATAZ CAPSULE 150MG, 200MG, 300MG ....21
PROQUAD .....44	<i>ribasphere tablet 200mg</i> .....23
PROTONIX INJECTION .....31	<i>ribavirin tablet 200mg</i> .....23
PROTOPIC .....29	RIDAURA .....43
<i>protriptyline hcl</i> .....11	<i>rifampin capsule</i> .....15
PROVIGIL TABLET 100MG .....51	<i>rifampin injection</i> .....15
PROVIGIL TABLET 200MG .....51	RILUTEK .....51
PULMOZYME .....53	<i>rimantadine hcl</i> .....22
<i>pyrazinamide</i> .....15	RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG, 25MG .....20
<i>pyridostigmine bromide</i> .....15	RISPERDAL CONSTA INJECTION 37.5MG, 50MG .....20



## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>T (continuaciùn)</b>			
TARGRETIN .....	18	<i>tobrasol ophthalmic solution</i> .....	3
TASIGNA .....	18	<i>tolazamide</i> .....	32
TASMAR .....	19	<i>tolbutamide</i> .....	32
TAZORAC .....	29	<i>topiramate capsule sprinkle</i> .....	8
<i>taztia xt</i> .....	25	<i>topiramate tablet</i> .....	8
TEKTURNA .....	28	<i>toremide tablet</i> .....	27
TEKTURNA HCT .....	28	<i>tpn electrolytes ftv</i> .....	47
<i>terazosin hcl</i> .....	23	TRACLEER .....	52
<i>terbinafine hcl</i> .....	13	<i>tramadol hcl</i> .....	2
<i>terbutaline sulfate</i> .....	53	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i> .....	3
<i>terconazole cream</i> .....	13	<i>trandolapril</i> .....	28
<i>terconazole suppository</i> .....	13	<i>tranylcypramine sulfate</i> .....	10
TESTIM .....	37	TRAVASOL .....	47
<i>testosterone cypionate</i> .....	37	TRAVATAN Z .....	49
<i>testosterone enanthate</i> .....	37	<i>trazodone hcl tablet 100mg, 150mg, 50mg</i> .....	9
TETANUS TOXOID ADSORBED .....	45	<i>trazodone hcl tablet 300mg</i> .....	10
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED		TREANDA .....	16
ADULT .....	45	TRECATOR .....	15
<i>tetracycline hcl</i> .....	7	TRELSTAR DEPOT .....	41
TEV-TROPIN .....	40	TRELSTAR DEPOT MIXJECT .....	41
THALOMID .....	16	TRELSTAR LA .....	41
THEO-24 .....	53	TRELSTAR LA MIXJECT .....	41
<i>theochron</i> .....	53	TRELSTAR MIXJECT .....	41
<i>theophylline er</i> .....	53	<i>tretinoin capsule</i> .....	18
<i>thermazene</i> .....	4	<i>tretinoin cream, gel</i> .....	29
<i>thioridazine hcl</i> .....	21	TREXALL .....	44
<i>thiothixene</i> .....	21	<i>triamcinolone acetonide cream, ointment</i> .....	36
THYMOGLOBULIN .....	42	<i>triamcinolone acetonide lotion</i> .....	36
THYROLAR-1 .....	40	<i>triamcinolone in orabase</i> .....	29
THYROLAR-1/2 .....	40	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i> .....	27
THYROLAR-1/4 .....	40	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	21
THYROLAR-2 .....	40	<i>trifluridine</i> .....	23
THYROLAR-3 .....	40	<i>trihexyphenidyl hcl elixir</i> .....	19
<i>ticlopidine hcl</i> .....	33	<i>trihexyphenidyl hcl tablet</i> .....	19
TIKOSYN .....	24	TRIHIBIT .....	45
TIMENTIN .....	6	<i>tri-legest fe</i> .....	37
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming</i> .....	48	<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i> .....	48	<i>solution</i> .....	7
<i>timolol maleate tablet</i> .....	25	<i>trimethoprim tablet</i> .....	4
<i>tizanidine hcl</i> .....	12	<i>trinessa</i> .....	39
TOBI .....	3	TRIPEDIA .....	45
TOBRADEX OINTMENT .....	49	<i>tri-previfem</i> .....	39
TOBRADEX ST .....	49	TRISENOX .....	17
<i>tobramycin sulfate injection</i> .....	3	<i>tri-sprintec</i> .....	39
<i>tobramycin sulfate ophthalmic solution</i> .....	3	<i>trivora-28</i> .....	39
<i>tobramycin/dexamethasone</i> .....	49	TRIZIVIR .....	22

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

<b>T (continuaci�n)</b>			
<hr/>		<hr/>	
TROPHAMINE INJECTION 97MEQ/L,		VESICARE .....	31
0.54GM/100ML, 1.2GM/100ML, 0.32GM/100ML,		VEXOL .....	49
0, 0, 0.5GM/100ML, 0.36GM/100ML, 0.48GM/		VIDAZA .....	17
100ML, 0.82GM/100ML, 1.4GM/100ML, 1.2GM/		VIDEX PEDIATRIC .....	22
100ML, 0.34GM/100ML, 0.48GM/100ML,		VIGAMOX .....	7
0.68GM/100ML, 0.38GM/100ML, 5MEQ/L,		VIIBRYD .....	10
0.025GM/100ML, 0.42GM/100ML, .....	47	VIMPAT INJECTION, TABLET .....	7
<i>tropium chloride</i> .....	31	VIMPAT ORAL SOLUTION .....	7
TRUVADA .....	22	VIRACEPT .....	21
TWINRIX .....	45	VIRAMUNE .....	21
TYGACIL .....	4	VIRAMUNE XR .....	21
TYKERB .....	17	VIREAD .....	22
TYPHIM VI .....	45	VIVELLE-DOT .....	37
TYZEKA .....	23	VOLTAREN GEL .....	15
TYZINE .....	53	<i>voriconazole</i> .....	13
		VOTRIENT .....	18
		VPRIV .....	50
		<b>W</b>	
		<hr/>	
		<i>warfarin sodium</i> .....	34
		<b>X</b>	
		<hr/>	
		XENAZINE .....	51
		XOLAIR .....	54
		XYREM .....	51
		<b>Y</b>	
		<hr/>	
		YF-VAX .....	45
		<b>Z</b>	
		<hr/>	
		<i>zafirlukast</i> .....	52
		<i>zaleplon</i> .....	50
		ZAVESCA .....	50
		<i>zazole cream</i> .....	13
		<i>zazole suppository</i> .....	13
		ZELAPAR .....	19
		ZENPEP .....	50
		ZETIA .....	26
		ZIAGEN .....	22
		<i>zidovudine syrup</i> .....	22
		<i>zidovudine tablet</i> .....	22
		ZOLINZA .....	17
		<i>zolpidem tartrate tablet 10mg</i> .....	50
		<i>zolpidem tartrate tablet 5mg</i> .....	50
		ZOMETA .....	1
		<i>zonisamide</i> .....	8
		ZORTRESS TABLET 0.25MG .....	44

## ÍNDICE DE NOMBRES DE MEDICAMENTOS

**Z (continuaciôn)**

ZORTRESS TABLET 0.5MG, 0.75MG .....	44
ZOSTAVAX .....	45
<i>zovia 1/35e</i> .....	39
<i>zovia 1/50e</i> .....	39
ZOVIRAX CREAM, OINTMENT .....	23
ZYMAXID .....	7
ZYPREXA INJECTION .....	20
ZYPREXA RELPREVV .....	20
ZYPREXA TABLET .....	20
ZYPREXA ZYDIS .....	20
ZYTIGA .....	17
ZYVOX .....	4











This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-877-374-4056 for additional information.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Para información adicional, por favor comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-374-4056.

Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. Los beneficios, las limitaciones, los copagos y las restricciones pueden variar según el plan y la región. Por favor comuníquese con WellCare para detalles.



P.O. Box 31389 | Tampa, FL 33631-3389  
[www.wellcarepdp.com](http://www.wellcarepdp.com)