



# FORMULARIO PARA 2025

**(LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS)**

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

FORMULARY ID 25256, VERSION 8

**ASTIVA HEALTH SERVICIO AL MIEMBRO**

**1-866-688-9021 (TTY: 711)**

Horas de operación:

8:00AM to 8:00PM, siete días a la semana de Octubre 1 - Marzo 31  
8:00AM to 8:00PM, de lunes - viernes, excepto días festivos  
de Abril 1 - Septiembre 30

**MESA DE ASISTENCIA DE FARMACIA**

**1-833-697-6561**

Horas de operación:

24 horas al día, 7 días a la semana

ESTE FORMULARIO SE ACTUALIZO EL **01/01/2025**. PARA CONSULTAR UN LISTADO COMPLETO O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON ASTIVA HEALTH, INC'S DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL MIEMBRO AL 1-866-688-9021. (LOS USUARIOS DE TTY DEBEN LLAMAR AL 711), DE 8:00AM A 8:00PM, SIETE DÍAS A LA SEMANA DE OCTUBRE 1 - MARZO 31, Y 8:00AM A 8:00PM DE LUNES- VIERNES, EXCEPTO FESTIVOS IMPORTANTES DE ABRIL 1- SEPTIEMBRE 30 8:00AM A 8:00PM, O VISITE [WWW.ASTIVAHEALTH.COM](http://WWW.ASTIVAHEALTH.COM).

H1993\_Formulary\_Sp\_2025\_C

Modelo de Formulario de la Parte D para 2025 completo

**Nota para los miembros actuales:** este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma. Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Astiva

Health, Inc.. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Astiva Health Savings Plan (HMO) 001, Astiva Health Savings Plan - NorCal (HMO) 011, Astiva Health Premier Plan (HMO) 010, Astiva Health Premier Plan (HMO) - NorCal 012, Astiva Health C-SNP Deluxe (HMO C-SNP) 007, Astiva Health C-SNP WOW (HMO C-SNP) 008, o Astiva Health C-SNP WOW - NorCal (HMO C-SNP) 013.

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

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y periódicamente durante el año.

## ¿Qué es el Formulario de Astiva Health, Inc.?

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

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

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

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

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

## Modelo de Formulario de la Parte D para 2025 completo

usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Astiva Health, Inc.?”.

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

**Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento.** En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el **01/01/2025**. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Astiva Health, Inc. comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En el evento de cambios que no son de mantenimiento al formulario durante todo el año, Astiva Health, Inc. puede hacer cambios a través de hojas de erratas enviado por correo a usted.

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

### Afección médica

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

## **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

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

Astiva Health, Inc. cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

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

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

- **Autorización previa:** Astiva Health, Inc. exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con Astiva Health, Inc. antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que Astiva Health, Inc. no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Astiva Health, Inc. limita la cantidad del medicamento que cubrirá Astiva Health, Inc. Por ejemplo, Astiva Health, Inc. proporciona 9 tabletas por receta para sumatriptan. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Astiva Health, Inc. requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Astiva Health, Inc. no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Astiva Health, Inc. cubrirá el medicamento B.

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

Puede pedirle a Astiva Health, Inc. que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo

## Modelo de Formulario de la Parte D para 2025 completo

puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Astiva Health, Inc.?” en la página “v” para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Astiva Health, Inc. no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

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

### ¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Astiva Health, Inc?

Puede solicitarle a Astiva Health, Inc que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

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

Por lo general, Astiva Health, Inc. solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

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

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

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

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Para miembros que están fuera de su período de transición, y experimentar un cambio en el nivel de atención, en qué miembro está cambiando de un tratamiento a otro (por ejemplo, de un centro de atención a largo plazo a hospital a centro de atención a largo plazo, de hospital a casa, de casa a centro de atención a largo plazo), al ingreso o al alta de un entorno de tratamiento o un centro de atención a largo plazo, Astiva Health, Inc permitirá al miembro acceder a una recarga equivalente a un suministro de un mes para medicamentos del formulario y una transición de suministro de emergencia de un mes para medicamentos que no están en el formulario (incluido los medicamentos de la parte D que están en el formulario de Astiva Health, Inc pero requieren autorización previa o terapia escalonada).

Esta política no se aplica a permisos de ausencia a corto plazo. (por ejemplo, feriados o vacaciones) de un centro de atención a largo plazo o instalaciones hospitalarias.

En la medida en que un afiliado esté fuera de su período de transición de 90 días y se encuentre en un entorno ambulatorio, la organización seguirá proporcionando un suministro de emergencia de medicamentos que no están en el formulario (incluidos los medicamentos de la parte d que están en el formulario que de otro modo requerirían autorización previa o terapia escalonada según las reglas de administración de utilización), sobre una base de caso por caso, mientras se procesa una solicitud de excepción. En la medida en que un afiliado esté fuera de su período de transición de 90 días y se encuentre en un entorno de atención a largo plazo, la organización aún proporcionará un suministro de emergencia de medicamentos cubiertos por la parte d que no están en el formulario (incluidos los medicamentos cubiertos por la parte d que están en el formulario y que de otro modo requerirían autorización previa o terapia escalonada según las reglas de administración de utilización del Plan), mientras se procesa una solicitud de excepción.

Modelo de Formulario de la Parte D para 2025 completo

## **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Astiva Health, Inc, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Astiva Health, Inc, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

## **Formulario de Astiva Health, Inc.**

El Formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Astiva Health, Inc. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1. La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, IBU ORAL TABLET) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *ibuprofen oral tablet*).

## Astiva CSNP 2025 6-Tier (Lista de Medicamentos Cubiertos)

### Lista de medicamentos por condición médica

<b>AGENTES ANTI CÁNCER</b> .....	12
<b>AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS</b> .....	30
<b>AGENTES ANTIANSIEDAD</b> .....	31
<b>AGENTES ANTIDEMENCIA</b> .....	33
<b>AGENTES ANTIDIABETICO</b> .....	33
<b>AGENTES ANTIGOTA</b> .....	39
<b>AGENTES ANTIMIGRAÑA</b> .....	40
<b>AGENTES ANTINAUSEA</b> .....	41
<b>AGENTES ANTIPARASITARIOS</b> .....	42
<b>AGENTES ANTIPARKINSON</b> .....	43
<b>AGENTES ANTIPSICÓTICOS</b> .....	44
<b>AGENTES CALÓRICOS</b> .....	51
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES</b> .....	51
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA</b> .....	62
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA</b> .....	63
<b>AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO</b> .....	64
<b>AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b> .....	65
<b>AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO</b> .....	69
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES</b> .....	73
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS</b> .....	74
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES</b> .....	78
<b>AGENTES GENITOURINARIOS</b> .....	81
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR</b> .....	82
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b> .....	88
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b> .....	98
<b>AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</b> .....	99
<b>AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS</b> .....	103



<b>AGENTES VASODILATADORES</b> .....	104
<b>ANALGÉSICOS</b> .....	105
<b>ANESTÉSICOS</b> .....	109
<b>ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS</b> .....	109
<b>ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)</b> .....	110
<b>ANTIBACTERIANOS</b> .....	110
<b>ANTICONCEPTIVOS</b> .....	118
<b>ANTICONVULSIVOS</b> .....	126
<b>ANTIDEPRESIVOS</b> .....	131
<b>ANTIFÚNGICOS</b> .....	135
<b>ANTIISTAMÍNICOS</b> .....	137
<b>ANTIMICOBACTERIALES</b> .....	137
<b>ANTIVIRALES (SITÉMICO)</b> .....	137
<b>DISPOSITIVOS</b> .....	144
<b>PREPARACIONES DE REEMPLAZO</b> .....	145
<b>PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN</b> .....	146
<b>REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA</b> .....	149
<b>RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS</b> .....	150
<b>VITAMINAS Y MINERALES</b> .....	150

## La leyenda

**1:** Medicamentos Genericos Preferidos

**2:** Medicamentos Genericos

**3:** Medicamentos De Marca Preferidos

**4:** Medicamentos No Preferidos

**5:** Medicamentos De Especialidad

**6:** Medicamentos De Atención Selecta

**EX:** Medicamento Excluido - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare y se considera una cobertura mejorada. El monto que paga cuando obtiene una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de sus medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento. Se aplican límites de cantidad y este medicamento puede estar cubierto durante el período de brecha según el diseño del plan individual.

**HI:** Infusión Casera - Este medicamento recetado está cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-697-6561, 7 días de la semana y 24 horas del día. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

**MO:** Pedido Por Correo - Esta receta también puede estar disponible por correo.

**NDS:** No Hay Suministro Extendido - Este medicamento está limitado a un suministro de 30 días por receta, incluido el pedido por correo.

**PA:** Autorización Previa - Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de que llene su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

**PA BvD:** Autorización Previa - Parte B vs. Parte D - Algunos medicamentos pueden tener cobertura de la Parte B o Parte D de Medicare, según las circunstancias.

**PA NSO:** Autorización Previa - Sólo Para Nuevo Inicios - Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de que llene su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.

**PA-HRM:** Medicamentos De Alto Riesgo - Es posible que se requiera autorización previa (PA) para personas mayores de 65 años.

**QL:** Limite de Cantidad - Un limite de cantidad se ha implementado en el medicamento recetado.

**ST:** Terapia Escalonada - Los requisitos de la terapia escalonada deben cumplirse antes de surtir el medicamento recetado.

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>AGENTES ANTI CÁNCER</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone acetate oral tablet</i> (Zytiga) 250 mg, 500 mg	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	5	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	MO
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4ML	5	PA NSO; NDS; QL (1.6 ML per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>azacitidine injection suspension</i> (Vidaza) <i>reconstituted 100 mg</i>	5	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 EA per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
BENDAMUSTINE HCL (bendamustine hcl) INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	5	PA NSO; NDS
<i>bendamustine hcl intravenous</i> (Treanda) <i>solution reconstituted 100 mg, 25</i> <i>mg</i>	5	PA NSO; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML (bendamustine hcl)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene external gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	4	PA NSO; NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i> (Velcade)	4	PA NSO; HI; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	5	PA NSO; NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	5	PA NSO; NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (63 EA per 28 days)
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 2 gm/4ml</i>	5	PA BvD; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML, 500 MG/5ML, 500 MG/ML	5	PA BvD; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>	3	PA BvD; ST
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	3	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/10ML	5	PA NSO; NDS; QL (120 ML per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>decitabine intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	5	HI; NDS
<i>doxorubicin hcl liposomal (Doxil) intravenous injectable 2 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	4	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 44 MG/1.1ML	5	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 76 MG/1.9ML	5	PA NSO; NDS; QL (9.5 ML per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8ML, 48 MG/0.8ML	5	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50ML, 200 MG/100ML	5	PA NSO; HI; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg (Tarceva)</i>	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg (Tarceva)</i>	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	4	HI; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	2	HI
<i>everolimus oral tablet 10 mg (Torpenz)</i>	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	MO
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	5	PA BvD; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	3	PA BvD
<i>floxuridine injection solution reconstituted 0.5 gm</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	2	PA BvD
FLUTAMIDE ORAL CAPSULE 125 MG	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i> (Faslodex)	5	NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA NSO; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	4	NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	5	NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	5	PA NSO; NDS; QL (5 ML per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gm/20ml, 3 gm/60ml</i>	2	
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i> (Ifex)	2	
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (216 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/1.25ML, 300 MG/15ML	5	PA NSO; NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 EA per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	5	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	5	PA NSO; NDS; QL (8 ML per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 ML per 28 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (63 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (49 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (91 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 EA per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	5	PA NSO; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NDS
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	4	PA NSO; NDS
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	2	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15- 6.14 MG	5	PA NSO; NDS; QL (100 EA per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20- 8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 EA per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6ML	5	PA NSO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 30 MG/30ML	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (140 EA per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (140 EA per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (140 EA per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/10ML	5	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	PA NSO; PA-HRM
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1260 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 20 mg/10ml</i>	1	HI
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5	PA NSO; HI; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 EA per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (96 ML per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 120 MG/12ML, 240 MG/24ML, 40 MG/4ML	5	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20ML	5	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA BvD; HI; NDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg (Votrient)</i>	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/40ML, 100 MG/4ML, 500 MG/20ML	5	HI; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 850 mg/34ml</i>	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 1000 mg, 750 mg</i>	5	HI; NDS
<i>pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted 100 mg, 500 mg</i>	5	HI; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5	HI; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	5	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5	PA NSO; HI; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG -UT/13.4ML	5	PA NSO; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5	PA NSO; HI; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 350 MG/7ML	5	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 EA per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	5	NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i> (NexAVAR)	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (dasatinib)	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 EA per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 EA per 30 days)
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 3 MG/1.5ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 153 MG/1.7ML, 30 MG/3ML	5	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	5	PA NSO; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	4	NDS
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 EA per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 100 mg/5ml</i>	2	HI
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (64 EA per 28 days)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	5	PA NSO; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	5	PA NSO; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	5	PA NSO; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	5	PA NSO; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5	PA NSO; HI; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	5	PA NSO; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	2	HI
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (32 EA per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40ML, 50 MG/10ML	5	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5	PA NSO; HI; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 EA per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG	5	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20ML	5	PA NSO; NDS; QL (20 ML per 28 days)
<b>AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	2	MO
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	4	NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	4	NDS; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	2	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i> (Narcan)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	4	NDS; QL (240 ML per 180 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42</i>	2	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (336 EA per 365 days)
VARENICLINE TARTRATE ORAL TABLET 1 MG	2	QL (336 EA per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i> (Chantix)	2	QL (336 EA per 365 days)
<b>AGENTES ANTIANSIEDAD</b>		
<b>Benzodiacepinas</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (KlonoPIN)	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (KlonoPIN)	1	QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	4	NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 ML per 28 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	2	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 ML per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	NDS; QL (2 ML per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	QL (150 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	QL (60 EA per 30 days)
<b>AGENTES ANTIDEMENCIA</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	MO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	2	MO
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	2	MO; QL (200 ML per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 7 mg</i>	2	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	2	MO; QL (300 ML per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	MO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i> (Exelon)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<b>AGENTES ANTIDIABETICO</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	6	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i> (Riomet)	4	NDS; QL (765 ML per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	6	MO; QL (75 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	6	MO; QL (150 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	6	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NDS; QL (112 EA per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	MO; QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>	6	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus Met)	6	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	MO; QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG (dapagliflozin pro-metformin er)	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-500 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-500 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (dapagliflozin pro-metformin er)	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (24 ML per 28 days)
<i>insulin asp prot &amp; asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
(NovoLOG 70/30 FlexPen ReliOn)		
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
<i>insulin aspart prot &amp; aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
(NovoLOG Mix 70/30)		
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
(insulin glargine solostar)		
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
(insulin glargine)		
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
SEMGLEE (YFGN) (insulin glargine-yfgn) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
SEMGLEE (YFGN) (insulin glargine-yfgn) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100- 33 UNT-MCG/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR (insulin glargine max solostar) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR (insulin glargine solostar) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH (insulin degludec flectouch) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA SUBCUTANEOUS (insulin degludec) SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (15 ML per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg (Glucotrol XL)	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg (Glucotrol XL)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	6	MO; QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	6	MO; QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	6	MO; QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	MO; QL (120 EA per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	6	PA; MO; PA-HRM
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	6	PA; MO; PA-HRM
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	PA; MO; PA-HRM
<b>AGENTES ANTIGOTA</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	MO
colchicine oral capsule 0.6 mg (Mitigare)	2	QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	2	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<b>AGENTES ANTIMIGRAÑA</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5ML	3	PA; MO; QL (1.5 ML per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 225 MG/1.5ML	3	PA; MO; QL (1.5 ML per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i> (Migranal)	5	ST; NDS; QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 EA per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	3	PA; QL (18 EA per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>	1	QL (18 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>	2	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	2	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	NDS; QL (4 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	2	QL (5 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i> (Imitrex STATdose System)	4	NDS; QL (4 ML per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 EA per 30 days)
<b>AGENTES ANTINAUSEA</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; QL (2 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 &amp; 125 mg</i> (Emend Tri-Pack)	2	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (4 EA per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	4	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i> (Dramamine)	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	4	PA BvD; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; PA-HRM
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	2	PA; PA-HRM
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i> (Transderm-Scop)	4	PA; NDS; PA-HRM; QL (10 EA per 30 days)

## AGENTES

### ANTIPARASITARIOS

#### Agentes Antiparasitarios

<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i> (Mepron)	2	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i> (Malarone)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	NDS
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 400 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 EA per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	5	NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i> (Pentam)	2	HI
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	4	NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<b>AGENTES ANTIPARKINSON</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i> (Sinemet) 10-100 mg	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i> (Dhivy) 25-100 mg	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i> 25-250 mg	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i> 10-100 mg	2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i> 25-100 mg, 25-250 mg	4	NDS
<i>entacapone oral tablet</i> 200 mg	2	MO
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (150 EA per 30 days)
KYNMOBI TITRATION KIT SUBLINGUAL KIT 10&15&20&25&30 MG	5	PA; NDS
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i> 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	1	MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet</i> 0.5 (Azilect) mg, 1 mg	4	NDS
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release</i> 24 hour 2 mg, 4 mg	2	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet</i> 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	MO
<i>selegiline hcl oral capsule</i> 5 mg	2	MO
<i>selegiline hcl oral tablet</i> 5 mg	4	NDS
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i> 2 mg, 5 mg	1	MO

## **AGENTES ANTIPSICÓTICOS**

### **Agentes Antipsicóticos**

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	5	NDS; QL (2.4 ML per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	5	NDS; QL (3.2 ML per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 EA per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 EA per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	MO
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	4	ST; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	4	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	5	NDS; QL (4.8 ML per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	5	NDS; QL (3.9 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	5	NDS; QL (1.6 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	5	NDS; QL (2.4 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	5	NDS; QL (3.2 ML per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	4	NDS; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	2	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	MO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	4	ST; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	4	ST; NDS; QL (120 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	ST; NDS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	NDS
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	5	NDS; QL (3.5 ML per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	5	NDS; QL (5 ML per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	5	NDS; QL (0.75 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	5	NDS; QL (1.5 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	3	QL (0.25 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	5	NDS; QL (0.5 ML per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	5	NDS; QL (0.88 ML per 70 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	5	NDS; QL (1.32 ML per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	5	NDS; QL (1.75 ML per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	5	NDS; QL (2.63 ML per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule</i> <i>10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg,</i> (Latuda) <i>20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg</i>	2	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	2	MO; QL (270 EA per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>	5	NDS; QL (120 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution</i> (ZyPREXA) <i>reconstituted 10 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15</i> (ZyPREXA) <i>mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine oral tablet dispersible</i> (ZyPREXA Zydis) <i>10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i> (Invega)	4	NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	MO
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 EA per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (SEROquel XR)	2	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (SEROquel)	2	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i> (RisperDAL Consta)	2	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i> (RisperDAL Consta)	5	NDS; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (RisperDAL)	2	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (RisperDAL)	1	MO
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	MO
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	5	NDS; QL (0.28 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	5	NDS; QL (0.35 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	5	NDS; QL (0.42 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	5	NDS; QL (0.56 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	5	NDS; QL (0.7 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	5	NDS; QL (0.14 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	5	NDS; QL (0.21 ML per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 ML per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	4	ST; NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 (Geodon) mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ziprasidone mesylate</i> (Geodon) <i>intramuscular solution</i> <i>reconstituted 20 mg</i>	2	QL (6 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	4	NDS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	5	NDS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	5	NDS; QL (1 EA per 28 days)
<b>AGENTES CALÓRICOS</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	PA BvD; NDS
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	2	
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	4	PA BvD; NDS
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg,</i> <i>0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch</i> (Catapres-TTS-1) <i>weekly 0.1 mg/24hr</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	MO
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	MO
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	MO
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	2	MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	2	MO
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	2	MO
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	2	MO
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 100) 100-25 mg	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 50) 50-25 mg	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i> 10 mg, 5 mg	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i> 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	1	MO
<i>carvedilol oral tablet</i> 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg (Coreg)	1	MO
<i>labetalol hcl oral tablet</i> 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet</i> (Toprol XL) extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i> 100 mg, 50 mg (Lopressor)	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i> 25 mg	1	MO
<i>nebivolol hcl oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg (Bystolic)	2	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule</i> (Inderal LA) extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	2	MO
<i>propranolol hcl oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	1	MO
<i>sorine oral tablet</i> 120 mg, 160 mg, 80 mg (Betapace)	1	MO
<i>sorine oral tablet</i> 240 mg	1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i> 120 mg, 160 mg, 80 mg (Betapace AF)	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet</i> 120 mg, 160 mg, 80 mg (Betapace)	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet</i> 240 mg	1	MO
<i>timolol maleate oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 5 mg	4	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	NDS
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i> (Tiadylt ER)	1	MO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Verelan)	2	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i> (Verelan)	4	NDS
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	3	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i> (Digox)	1	MO
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i> (Lanoxin)	1	MO
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml</i> (Auvi-Q)	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i> (EpiPen Jr 2-Pak)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i> (Firazyr)	5	PA; NDS; QL (18 ML per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NDS
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	2	MO; QL (120 EA per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina li</b>		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	6	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	6	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	3	MO; QL (240 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	6	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	6	MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	6	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	MO
<b>Dihidropiridinas</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> (Lotrel) oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	6	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg	6	MO
<i>amlodipine besylate oral tablet</i> 10 (Norvasc) mg, 2.5 mg, 5 mg	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> (Exforge) oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	6	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i> (Azor) 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5- 40 mg	6	MO
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral</i> (Exforge HCT) <i>tablet</i> 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg	2	MO
<i>felodipine er oral tablet extended</i> <i>release 24 hour</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended</i> <i>release 24 hour</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral</i> (Procardia XL) <i>tablet extended release 24 hour</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	MO
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-10 mg, 5-10 mg	6	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	6	MO
<i>atorvastatin calcium oral tablet</i> 10 (Lipitor) mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>cholestyramine light oral packet</i> 4 (Prevalite) gm	2	MO
<i>cholestyramine oral packet</i> 4 gm (Questran)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i> (Welchol)	4	NDS
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i> (Welchol)	2	MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	2	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i> (Colestid)	2	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i> (Vytorin)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	MO
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i> (Fenoglide)	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i> (Lescol XL)	6	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	MO
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i> (Vascepa)	2	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i> (Vascepa)	2	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	MO
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) ORAL TABLET 500 MG (niacin (antihyperlipidemic))	4	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	MO
NIACOR ORAL TABLET 500 MG (niacin (antihyperlipidemic))	4	NDS
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i> (Lovaza)	2	ST; MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>prevalite oral packet 4 gm</i> (Prevalite)	2	MO
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	3	ST; MO; QL (7 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	3	ST; MO; QL (6 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	ST; MO; QL (6 ML per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	MO
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i> (Bumex)	2	MO
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	MO
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soaanz)	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	MO
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	MO
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>	6	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i> (Lotensin HCT)	6	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i> (Accuretic)	6	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>	6	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	6	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg, 5 mg</i> (Isordil Titrados)	2	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	MO
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>balsalazide disodium oral capsule</i> (Colazal) 750 mg	2	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i> 3 mg	4	NDS
<i>budesonide rectal foam</i> 2 mg (Uceris)	2	
<i>hydrocortisone rectal enema</i> 100 mg/60ml (Cortenema)	2	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i> 0.375 gm (Apriso)	4	NDS
<i>mesalamine er oral capsule extended release</i> 500 mg (Pentasa)	2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release</i> 1.2 gm (Lialda)	4	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet</i> 500 mg (Azulfidine)	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i> 500 mg (Azulfidine EN-tabs)	4	NDS

## AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA

### Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica

<i>alendronate sodium oral solution</i> 70 mg/75ml	4	NDS; QL (300 ML per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet</i> 10 mg	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet</i> 35 mg	1	MO; QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet</i> 70 mg (Fosamax)	1	MO; QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i> 200 unit/act	2	MO
<i>calcitriol oral capsule</i> 0.25 mcg, 0.5 mcg (Rocaltrol)	1	MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet</i> 30 mg, 60 mg (Sensipar)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	5	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	5	PA; NDS; QL (2 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	NDS
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	NDS
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	4	NDS; QL (1 ML per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	5	PA; NDS; QL (2.48 ML per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	5	PA; NDS; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5	PA; NDS
<b>AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO</b>		
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; NDS; QL (540 ML per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 EA per 30 days)

## **AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

### **Agentes Del Sistema Nervioso Central**

<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	5	PA; NDS; QL (210 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	5	PA; NDS
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO- INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; NDS; QL (1 EA per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; NDS; QL (1 EA per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 EA per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet</i> (Ampyra) <i>extended release 12 hour 10 mg</i>	2	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule</i> (Tecfidera) <i>delayed release 120 mg</i>	5	PA; NDS; QL (14 EA per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule</i> (Tecfidera) <i>delayed release 240 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack</i> (Tecfidera) <i>oral capsule delayed release</i> <i>therapy pack 120 &amp; 240 mg</i>	5	PA; NDS
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous</i> (Glatopa) <i>solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous</i> (Glatopa) <i>solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (12 ML per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution</i> (Glatopa) <i>prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (30 ML per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>glatopa subcutaneous solution</i> (Glatopa) <i>prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (12 ML per 28 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet</i> (Intuniv) <i>extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	MO
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	5	PA; NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	5	PA; NDS; QL (1.2 ML per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet</i> (Lithobid) <i>extended release 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate er oral tablet</i> <i>extended release 450 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule</i> <i>150 mg, 300 mg</i>	1	MO
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG	1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	2	MO
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 EA per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	5	PA; NDS
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	3	PA
<i>methylphenidate hcl oral solution</i> (Methylin) 10 mg/5ml	2	MO; QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> 10 (Ritalin) mg, 20 mg, 5 mg	2	MO; QL (90 EA per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	5	PA; NDS; QL (20 ML per 180 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 63 & 94 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	5	PA; NDS; QL (1 ML per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	5	PA; NDS; QL (1 ML per 28 days)
<i>riluzole oral tablet</i> 50 mg	2	MO
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, (Xenazine) 25 mg</i>	5	PA; NDS; QL (112 EA per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	5	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<b>AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	2	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	5	NDS; QL (560 EA per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	5	PA; NDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	2	PA BvD; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 ML per 28 days)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	5	PA; NDS; QL (0.4 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA; NDS; QL (3 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (112 EA per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	MO; QL (28 EA per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	5	PA; NDS; QL (1 EA per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	5	PA; NDS
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT (fluticasone-salmeterol)	3	MO; QL (12 GM per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	3	QL (32.1 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT (fluticasone furoate-vilanterol)	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50-25 MCG/INH	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>breyana inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i> (Breyana)	1	MO; QL (30.9 GM per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD; MO; QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD; MO; QL (60 ML per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i> (Breyana)	1	MO; QL (30.6 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	1	MO; QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1	MO; QL (24 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	1	MO; QL (21.2 GM per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i> (Wixela Inhub)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i> (Wixela Inhub)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<b>Antileucotrinos</b>		
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	4	NDS
<b>Broncodilatadores</b>		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i> (Proventil HFA)	2	MO; QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i> (Proventil HFA)	2	MO; QL (13.4 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i> (Proventil HFA)	2	MO; QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	PA BvD; MO
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	4	NDS; QL (25.8 GM per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	3	MO; QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	3	MO; QL (8 GM per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (540 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	3	MO; QL (4 GM per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	3	MO; QL (4 GM per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT	3	MO; QL (4 GM per 28 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	4	NDS
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	2	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	2	MO
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i> (Spiriva HandiHaler)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard) <i>mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>periogard mouth/throat solution</i> (Periogard) <i>0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg,</i> (Salagen) <i>7.5 mg</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kourzeq) <i>mouth/throat paste 0.1 %</i>	2	
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort external cream 1 %</i> (Aveeno Anti-Itch Max St)	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i> (Diprolene)	2	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i> (Tovet)	4	NDS
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i> (Clobex)	4	NDS
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	2	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i> (Vanos)	2	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i> (Aveeno Anti-Itch Max St)	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i> (Aquaphor Itch Relief Children)	1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	2	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i> (Elidel)	4	NDS; QL (100 GM per 30 days)
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	QL (100 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir external ointment 5 %</i> (Zovirax)	4	NDS; QL (30 GM per 30 days)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i> (AL12)	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i> (Calcitrene)	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluorouracil external cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil external solution 2 %</i>	2	
<i>fluorouracil external solution 5 %</i>	4	NDS
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	2	QL (24 EA per 30 days)
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT 1 %	3	QL (5 EA per 5 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	5	NDS; QL (60 GM per 28 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	2	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	4	NDS; QL (180 GM per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	4	NDS
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	QL (180 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	2	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i> (MetroCream)	2	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	2	
<i>metronidazole external gel 1 %</i> (Metrogel)	4	NDS
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	QL (220 GM per 30 days)
<i>neuac external gel 1.2-5 %</i>	1	
<i>rosadan external cream 0.75 %</i> (MetroCream)	2	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd external cream 1 %</i> (SSD)	4	NDS
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	NDS
<i>permethrin external cream 5 %</i>	2	QL (60 GM per 30 days)
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i> (Differin)	4	NDS
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 &amp; 500 &amp; 30 mg</i>	4	NDS
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	2	MO
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg</i>	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 40 mg</i>	4	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	1	MO
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	2	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	MO
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate (Gastrocrom) 100 mg/5ml</i>	2	MO
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet (Lomotil) 2.5-0.025 mg</i>	1	PA; PA-HRM
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg (Robinul)</i>	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg (Robinul-Forte)</i>	2	
<i>kionex oral suspension 15 gm/60ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	3	MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg (Imodium A-D)</i>	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg (Amitiza)</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg (Reglan)</i>	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps oral suspension 15 gm/60ml</i>	2	
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	5	NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	2	MO
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (Urso Forte)	2	MO
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	3	MO
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (84 EA per 28 days)
<b>Laxantes</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	3	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i> (GaviLyte-G)	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i> (GaviLyte-N with Flavor Pack)	2	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i> (GaviLyte-N with Flavor Pack)	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i> (GaviLyte-G)	1	
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	3	
<b>AGENTES GENITOURINARIOS</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i> (Uroxatral)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	MO
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg (Toviaz)	2	MO
flavoxate hcl oral tablet 100 mg	2	MO
mirabegron er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg (Myrbetriq)	2	MO
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg	1	MO
oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml	1	MO
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1	MO
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg (VESIcare)	1	MO
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg (Detrol LA)	2	MO
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg (Detrol)	2	MO
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg	4	NDS
trospium chloride oral tablet 20 mg	2	MO
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i> (Euthyrox) 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i> (Levo-T) 300 mcg	1	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet</i> 25 (Cytomel) mcg, 5 mcg, 50 mcg	2	MO
<i>methimazole oral tablet</i> 10 mg, 5 mg	1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet</i> 50 mg	2	MO
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule</i> 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	
<i>oxandrolone oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg	2	PA
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone) <i>intramuscular solution</i> 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	1	PA; MO
<i>testosterone enanthate</i> <i>intramuscular solution</i> 200 mg/ml	2	PA; MO; QL (5 ML per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel</i> 12.5 (Vogelxo Pump) mg/act (1%)	4	PA; NDS; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel</i> (AndroGel Pump) 20.25 mg/act (1.62%)	4	PA; NDS; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel</i> 25 mg/2.5gm (1%)	4	PA; NDS; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel</i> 50 (Testim) mg/5gm (1%)	4	PA; NDS; QL (300 GM per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5ML, 50 MG/0.5ML, 75 MG/0.5ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	PA; MO; PA-HRM

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	PA; MO; PA-HRM
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i> (Alora)	2	PA; MO; PA-HRM; QL (8 EA per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i> (Dotti)	2	PA; MO; PA-HRM; QL (8 EA per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i> (Climara)	2	PA; MO; PA-HRM; QL (4 EA per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i> (Estrace)	2	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	4	NDS; QL (18 EA per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	2	PA; MO; PA-HRM
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	2	PA; MO; PA-HRM
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	2	PA; MO; PA-HRM
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	PA; MO; PA-HRM
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	3	MO
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	3	PA; MO; PA-HRM
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	PA; MO; PA-HRM
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	MO
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	4	NDS; QL (18 EA per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml</i>	1	HI
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 120 mg/30ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i> (Medrol)	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog-40)	1	
<b>Pituitario</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML	5	PA; NDS; QL (15 ML per 30 days)
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (30 ML per 30 days)
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 ML per 28 days)
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	2	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet (DDAVP) 0.1 mg, 0.2 mg</i>	2	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	5	PA; NDS
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 ML per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (6- MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXP SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection (SandoSTATIN) solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	4	NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	4	NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5	PA; NDS; QL (60 ML per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 ML per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 90 MG/0.3ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 ML per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	3	QL (0.65 ML per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 ML per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 ML per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	2	PA; PA-HRM
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	2	PA; MO; PA-HRM

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	MO
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	5	PA; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	5	PA; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	5	PA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	4	PA BvD; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	5	PA BvD; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD; MO
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 ML per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 ML per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	5	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	5	PA; NDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (SandIMMUNE) <i>50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral</i> (Gengraf) <i>capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral</i> <i>capsule 50 mg</i>	2	PA BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral</i> (Gengraf) <i>solution 100 mg/ml</i>	2	PA BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg,</i> (SandIMMUNE) <i>25 mg</i>	2	PA BvD; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	5	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	5	PA; NDS
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i> (Zortress)	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	5	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	2	PA BvD; MO
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (Gengraf)	2	PA BvD; MO
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous solution</i> (Remicade) <i>reconstituted 100 mg</i>	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	5	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20</i> (Arava) <i>mg</i>	2	MO
<i>mycophenolate mofetil hcl</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous solution reconstituted</i> <i>500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>capsule 250 mg</i>	2	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension reconstituted 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) <i>500 mg</i>	2	PA BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet</i> (Myfortic) <i>delayed release 180 mg, 360 mg</i>	4	PA BvD; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	5	PA BvD; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST; NDS
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	4	ST; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Rapamune)	2	PA BvD; MO
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	5	PA; NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD; MO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
TREMIFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMIFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
<b>Vacunas</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	3	\$0 copay
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	3	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	\$0 copay
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL (3 EA per 365 days)
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	3	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML	3	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	3	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	3	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	3	
IPOL INJECTION INJECTABLE	3	\$0 copay
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0 copay
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	3	\$0 copay
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0 copay
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0 copay
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	\$0 copay; QL (2 EA per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML (tetanus-diphtheria toxoids td)	3	\$0 copay
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	3	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0 copay
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	3	\$0 copay
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	3	\$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	3	\$0 copay
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	2	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	MO
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	4	NDS; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %</i> (Alphagan P)	2	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	2	MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	4	NDS
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i> (Azopt)	2	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i> (Cosopt)	1	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i> (Xalatan)	1	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	3	MO
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution 0.0015 %</i> (Zioptan)	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i> (Travatan Z)	4	NDS; QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	4	NDS; QL (5 ML per 30 days)
<b>AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i> (Polycin)	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i> (Neo-Polycin HC)	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 ML per 7 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	QL (3.5 GM per 4 days)
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	4	NDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	2	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %</i> (Neo-Polycin HC)	2	
<i>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i> (Ocuflox)	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i> (Polycin)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	2	
XDEMVI OPTHALMIC SOLUTION 0.25 %	5	PA; NDS; QL (10 ML per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC GEL 0.15 %	4	NDS
ZYLET OPTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	3	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>alrex ophthalmic suspension 0.2 %</i> (Alrex)	3	ST
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	4	NDS
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i> (Prolensa)	2	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %</i> (BromSite)	2	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i> (Restasis)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i> (Durezol)	4	NDS
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 ML per 14 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	4	NDS; QL (50 ML per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i> (DermOtic)	2	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	4	NDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i> (ClariSpray)	1	QL (16 GM per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 ML per 14 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i> (Acular)	1	QL (10 ML per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 GM per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	3	QL (5 GM per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i> (Lotemax)	4	NDS; QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i> (Alrex)	2	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i> (Lotemax)	4	NDS; QL (15 ML per 19 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i> (Nasonex 24HR)	4	NDS; QL (34 GM per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	NDS
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	3	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	2	MO
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	1	QL (60 ML per 30 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i> (Astepro)	1	QL (30 ML per 25 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	4	NDS
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	2	MO; QL (30 ML per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	2	MO; QL (15 ML per 10 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i> (Pataday)	1	
<b>AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
<i>betaine oral powder</i> (Cystadane)	5	PA; NDS
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	5	PA; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i> (Vistaril)	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i> (Endari)	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i> (Rectiv)	2	QL (30 GM per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	4	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NDS; QL (12 EA per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	3	

## AGENTES

## VASODILADORES

### *Agentes Vasodilatadores*

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	2	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	2	EX; QL (6 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; MO; QL (360 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA; MO
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; MO
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 EA per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	5	PA; NDS
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (CeleBREX)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i> (Aleve Arthritis Pain)	1	QL (1000 GM per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	2	QL (300 ML per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i> (Pennsaid)	5	PA; NDS; QL (224 GM per 28 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i> (Arthrotec)	2	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	MO
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
FLURBIPROFEN ORAL TABLET 50 MG	1	MO
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; MO; PA-HRM
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	PA; PA-HRM; QL (20 EA per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (4500 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i> (Butrans)	2	QL (4 EA per 28 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	PA; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	4	PA; NDS; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i> (Esgic)	4	PA; NDS; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i> (Bac)	1	PA; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	PA; QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	QL (10 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	2	QL (2700 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i> (Dilaudid)	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i> (Dilaudid)	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1	PA; QL (180 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	QL (90 EA per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	QL (700 ML per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML	1	QL (300 ML per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG	4	NDS; QL (180 EA per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG	4	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 EA per 30 days)
<b>ANESTÉSICOS</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>glydo external prefilled syringe 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	2	PA; QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i> (Lidocan)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 GM per 30 days)
<i>lidocan external patch 5 %</i> (Lidocan)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
<b>ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS</b>		
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA; MO
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NDS
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 EA per 30 days)
<b>ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)</b>		
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	4	NDS
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (Vandazole)	4	NDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	4	NDS
<b>ANTIBACTERIANOS</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	2	HI
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	5	PA; NDS; QL (235.2 ML per 28 days)
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	HI
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	5	NDS; QL (224 EA per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i> (Kitabis Pak)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin pak inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i> (Kitabis Pak)	5	PA BvD; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	2	HI
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i> (Cleocin Phosphate)	2	HI
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i> (Coly-Mycin M)	5	HI; NDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	5	HI; NDS
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	5	HI; NDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i> (Zyvox)	2	HI
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i> (Zyvox)	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i> (Hiprex)	2	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	HI
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM	2	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	QL (56 EA per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	QL (112 EA per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam</b>		
<b>Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i> (Azactam)	2	HI
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	5	PA; NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	HI
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	2	HI
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	2	HI
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	HI
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	2	HI
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	NDS
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	2	HI
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i> (Tazicef)	2	HI
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>	2	HI
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i> (Tazicef)	2	HI
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	2	HI
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	2	HI
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i> (Tazicef)	2	HI
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i> (Tazicef)	2	HI
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	2	HI
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	5	HI; NDS
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i> (Zithromax)	2	HI
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NDS; QL (20 EA per 10 days)
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i> (E.E.S. Granules)	4	NDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 400 mg/5ml</i> (EryPed 400)	4	NDS
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	4	NDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	2	HI
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i> (Unasyn)	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i> (Unasyn)	2	HI
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	4	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT, 2400000 UNIT	4	NDS
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT	4	NDS
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	2	HI
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	HI
<i>penicillin g potassium injection (Pfizerpen) solution reconstituted 20000000 unit</i>	2	HI
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	2	HI
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 (Cipro) mg, 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	2	HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	2	HI
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	4	NDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	2	HI
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	2	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i> (Sulfatrim Pediatric)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	NDS
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i> (Doxy 100)	2	HI
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i> (Doxy 100)	2	HI
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i> (Vibramycin)	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (TargaDOX)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	5	HI; NDS

## ANTICONCEPTIVOS

### Anticonceptivos

<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	1	MO
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	(Altavera)	1	MO
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Dasetta 1/35)	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	(Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>amethyst oral tablet 90-20 mcg</i>	(Amethyst)	1	MO
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	(Apri)	1	MO
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	1	MO
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>		1	MO
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		1	MO
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>		1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>chateal eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35)	2	MO
<i>cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>dasetta 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35)	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg</i> (Amethyst)	1	MO
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (EluRyng)	2	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (EluRyng)	4	NDS; QL (1 EA per 28 days)
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i> (Enpresse-28)	1	MO
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35)	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1/50)	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (EluRyng)	2	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (EluRyng)	2	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35)	1	MO
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1/50)	1	MO
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	4	NDS
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg</i> (Enpresse-28)	1	MO
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i> (Balcoltra)	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i> (Amethyst)	1	MO
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i> (Enpresse-28)	1	MO
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	3	
<i>lillow oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>luteria oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	4	NDS
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	3	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i> (Xulane)	2	MO; QL (3 EA per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> (Tilia Fe)	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35)	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35)	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35)	1	MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>pimtreea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35)	1	MO
<i>pirmella 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG	4	NDS
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> (Tilia Fe)	1	MO
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> (Tilia Fe)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>tri-linyah oral tablet</i> (Tri Femynor) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
<i>tri-lo-estarylla oral tablet</i> (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i> (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-lo-mili oral tablet</i> (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i> (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-nymyo oral tablet</i> (Tri Femynor) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
<i>tri-previfem oral tablet</i> (Tri Femynor) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
<i>tri-sprintec oral tablet</i> (Tri Femynor) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
<i>trivora (28) oral tablet</i> 50-30/75-40/ 125-30 mcg (Enpresse-28)	1	MO
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i> (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-vylibra oral tablet</i> (Tri Femynor) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
<i>turqoz oral tablet</i> 0.3-30 mg-mcg	1	MO
<i>vienva oral tablet</i> 0.1-20 mg-mcg (Afirmelle)	1	MO
<i>viorele oral tablet</i> 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) (Azurette)	2	MO
<i>volnea oral tablet</i> 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) (Azurette)	2	MO
<i>vylibra oral tablet</i> 0.25-35 mg-mcg (Estarylla)	1	MO
<i>xulane transdermal patch weekly</i> (Xulane) 150-35 mcg/24hr	2	MO; QL (3 EA per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly</i> (Xulane) 150-35 mcg/24hr	2	MO; QL (3 EA per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet</i> 1-35 mg-mcg (Kelnor 1/35)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
<b>Anticonvulsivos</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	3	QL (80 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	MO; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (TEGretol-XR)	2	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i> (TEGretol)	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epilex)	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	2	MO
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	2	MO; QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	4	NDS
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	MO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	2	MO
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; NDS
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i> (Zarontin)	2	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	2	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	MO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>fosphenytoin sodium injection solution 100 mg pe/2ml, 500 mg pe/10ml</i> (Cerebyx)	2	HI
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NDS; QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	MO; QL (360 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	MO; QL (270 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i> (Neurontin)	2	MO; QL (2160 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 ML per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	MO; QL (1200 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i> (LaMICtal)	2	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (LaMICtal ODT)	2	MO
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	MO
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i> (Keppra)	2	HI
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	MO
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	MO
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	4	NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i> (Trileptal)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	MO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	2	PA NSO; MO; PA-HRM
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	PA NSO; MO; PA-HRM
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i> (Dilantin)	1	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin)	2	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	MO
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	1	HI
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	MO; QL (900 ML per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax Sprinkle)	2	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	MO
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	2	HI
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	2	MO
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	5	NDS; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	5	NDS; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	5	NDS; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	5	NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	4	ST; NDS; QL (56 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	4	ST; NDS; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	4	ST; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	4	NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg,</i> (Zonegran) <i>25 mg</i>	1	MO
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	MO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1080 ML per 30 days)
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<b>Antidepressivos</b>		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg,</i> <i>100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg,</i> <i>75 mg</i>	1	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg,</i> <i>150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	5	ST; NDS
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet</i> (Wellbutrin SR) <i>extended release 12 hour 100</i> <i>mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet</i> (Wellbutrin XL) <i>extended release 24 hour 150</i> <i>mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg,</i> <i>75 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	2	MO
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i> (CeleXA)	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (CeleXA)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	4	NDS
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	4	NDS
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	NDS
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	4	ST; NDS
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, (PROzac) 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	2	MO
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	NDS
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 (Remeron) mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet dispersible (Remeron SolTab) 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	MO
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 (Pamelor) mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	4	NDS
<i>paroxetine hcl er oral tablet (Paxil CR) extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	4	NDS
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 (Paxil) mg/5ml</i>	4	PA NSO; NDS; PA-HRM
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, (Paxil) 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	PA NSO; MO; PA-HRM

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	NDS
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	MO
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	MO
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	5	PA NSO; NDS
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	5	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	NDS
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i> (Effexor XR)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 14 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 EA per 14 days)
<b>ANTIFÚNGICOS</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD; NDS
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 ML per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	QL (180 GM per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	4	NDS; QL (180 ML per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i> (Desenex)	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 GM per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	2	QL (170 GM per 30 days)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	HI
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	NDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	NDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	2	QL (180 GM per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	QL (360 ML per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	2	HI
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG	2	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i> (Nyamyc)	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i> (Nyamyc)	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	2	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i> (Nyamyc)	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VORICONAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	5	PA BvD; HI; NDS
<i>voriconazole oral suspension</i> (Vfend) <i>reconstituted 40 mg/ml</i>	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg,</i> <i>50 mg</i> (Vfend)	4	NDS
<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg,</i> <i>25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral</i> (Xyzal Allergy 24HR) <i>tablet 5 mg</i>	1	
<b>ANTIMICOBACTERIALES</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25</i> <i>mg</i>	2	MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg,</i> <i>400 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300</i> <i>mg</i>	1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	NDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	4	NDS
<i>rifampin intravenous solution</i> <i>reconstituted 600 mg</i> (Rifadin)	2	HI
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300</i> <i>mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	NDS
<b>ANTIVIRALES (SITÉMICO)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir sulfate oral solution 20</i> (Ziagen) <i>mg/ml</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	2	MO
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 MG/3ML	5	NDS; QL (24 ML per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>	2	MO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	MO
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 EA per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML, 600 & 900 MG/3ML	5	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS
<i>didanosine oral capsule delayed release 250 mg, 400 mg</i>	2	MO
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> (Sustiva)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	MO
<i>emtricitabine-tenofovir oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	2	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	4	NDS
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	3	MO
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	MO
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	MO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i> (Kaletra)	2	MO; QL (480 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	MO; QL (300 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	2	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	2	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	2	MO; QL (1200 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	4	NDS
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	5	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	5	NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	HI; NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	MO
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	5	NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	5	PA BvD; NDS
SYMITUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	NDS
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	5	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	4	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	MO
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i> (Retrovir)	2	MO
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	MO
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 EA per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 EA per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 EA per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 ML per 180 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	2	QL (20 EA per 5 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	2	QL (30 EA per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	4	NDS; QL (60 EA per 180 days)
<b>Interferones</b>		
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	5	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	4	NDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	2	MO
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	MO
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i> (Valtrex)	2	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	MO

## DISPOSITIVOS

### Dispositivos

COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (aq insulin syringe)	1	PA; ST
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM (1st tier unifine pentips)	1	PA; ST
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %	1	PA; ST
<i>ra isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (aq insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256



Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<b>PREPARACIONES DE REEMPLAZO</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %</i>	2	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.9 %</i>	1	HI
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	MO
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	MO
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	MO
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>	4	HI; NDS
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>	2	HI
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i> (K-Tab)	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con)	1	MO
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	2	PA BvD; HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	4	NDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.9 %</i>	2	HI

**PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADOS/EXPANSORES DE VOLUMEN**

**Agentes Hematológicos, Varios**

<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	MO
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	2	MO
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	

**Anticoagulantes**

<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	MO; QL (74 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i> (Lovenox)	2	QL (48 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i> (Lovenox)	2	QL (18 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i> (Lovenox)	2	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i> (Lovenox)	2	QL (36 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i> (Arixtra)	2	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (18 ML per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	2	HI
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	MO
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	3	MO; QL (600 ML per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	3	
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	2	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	MO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 (Plavix) mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	2	PA; MO; PA-HRM
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 (Effient) mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 EA per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG/0.6ML	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA; NDS
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 ML per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 ML per 28 days)
<b>REEMPLAZO/MODIFICADO RES DE ENZIMA</b>		
<b><i>Reemplazo/Modificadores De Enzima</i></b>		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	3	MO
<i>javygtor oral tablet 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	5	PA BvD; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45ML, 28 MG/0.7ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	3	MO
<b>RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; PA-HRM
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	4	NDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	4	NDS
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	PA; PA-HRM
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	1	
<b>VITAMINAS Y MINERALES</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Limites</b>
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10. Formulario ID: 25256





índice de medicamentos/Listado alfabético

<b>A</b>		
<i>abacavir sulfate</i> .....	130, 131	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....	131	
ABELCET .....	128	
ABILIFY ASIMTUFII .....	38	
ABILIFY MAINTENA .....	38	
<i>abiraterone acetate</i> .....	5	
ABRYSCO .....	87	
<i>acamprosate calcium</i> .....	23	
<i>acarbose</i> .....	27	
<i>acebutolol hcl</i> .....	45	
<i>acetaminophen-codeine</i> ..	100	
<i>acetazolamide</i> .....	91	
<i>acetazolamide er</i> .....	91	
<i>acetazolamide sodium</i> .....	91	
<i>acetic acid</i> .....	92	
<i>acetylcysteine</i> .....	62	
<i>acitretin</i> .....	70	
ACTEMRA.....	81	
ACTEMRA ACTPEN .....	81	
ACTHAR.....	79	
ACTHAR GEL .....	79	
ACTHIB .....	87	
ACTIMMUNE.....	96	
<i>acyclovir</i> .....	70, 137	
<i>acyclovir sodium</i> .....	137	
ADACEL.....	87	
<i>adapalene</i> .....	71	
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	137	
ADEMPAS.....	98	
ADVAIR HFA.....	64	
<i>afirmelle</i> .....	111	
AIRSUPRA .....	64	
AJOVY .....	33	
AKEEGA.....	5	
<i>ala-cort</i> .....	67	
		<i>albendazole</i> .....
		35
		<i>albuterol sulfate</i> .....
		65
		<i>albuterol sulfate hfa</i> .....
		65
		ALECENSA .....
		5
		<i>alendronate sodium</i> .....
		56
		<i>alfuzosin hcl er</i> .....
		74
		<i>aliskiren fumarate</i> .....
		55
		<i>allopurinol</i> .....
		32
		<i>alosetron hcl</i> .....
		55
		<i>alprazolam</i> .....
		24
		<i>alrex</i> .....
		94
		<i>altavera</i> .....
		111
		ALUNBRIG .....
		5
		ALVAIZ .....
		141
		<i>alyacen 1/35</i> .....
		111
		<i>alyacen 7/7/7</i> .....
		111
		<i>alyq</i> .....
		98
		<i>amantadine hcl</i> .....
		36
		<i>amethyst</i> .....
		111
		<i>amikacin sulfate</i> .....
		103
		<i>amiloride hcl</i> .....
		52
		<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....
		52
		<i>amiodarone hcl</i> .....
		45
		<i>amitriptyline hcl</i> .....
		124
		<i>amlodipine besy-benazepril</i> <i>hcl</i> .....
		50
		<i>amlodipine besylate</i> .....
		50
		<i>amlodipine besylate-</i> <i>valsartan</i> .....
		50
		<i>amlodipine-atorvastatin</i> ....
		50
		<i>amlodipine-olmesartan</i> ....
		50
		<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> . 50
		<i>ammonium lactate</i> .....
		70
		<i>amoxapine</i> .....
		124
		<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> .....
		72
		<i>amoxicillin</i> .....
		107, 108
		<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....
		108
		<i>amphetamine-dextroamphet</i> <i>er</i> .....
		58
		<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i> .....
		58
		<i>amphotericin b</i> .....
		128
		<i>amphotericin b liposome</i> . 128
		<i>ampicillin</i> .....
		108
		<i>ampicillin sodium</i> .....
		108
		<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .....
		108
		<i>anagrelide hcl</i> .....
		139
		<i>anastrozole</i> .....
		5
		ANKTIVA .....
		5
		ANORO ELLIPTA .....
		65
		<i>aprepitant</i> .....
		34
		APRETUDE .....
		131
		<i>apri</i> .....
		111
		APTIOM .....
		119
		APTIVUS .....
		131
		ARCALYST .....
		81
		AREXVY .....
		87
		ARIKAYCE.....
		103
		<i>aripiprazole</i> .....
		38
		ARISTADA.....
		38
		ARISTADA INITIO .....
		38
		<i>armodafinil</i> .....
		57
		ARNUITY ELLIPTA.....
		64
		<i>asenapine maleate</i> .....
		38
		<i>aspirin-dipyridamole er</i> ... 141
		ASTAGRAF XL .....
		81
		<i>atazanavir sulfate</i> .....
		131
		<i>atenolol</i> .....
		45
		<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....
		46
		<i>atomoxetine hcl</i> .....
		58

<i>atorvastatin calcium</i> .....	50	<i>bendamustine hcl</i> .....	5	<i>bromfenac sodium (once-</i>	
<i>atovaquone</i> .....	35	BENDAMUSTINE HCL .....	5	<i>daily)</i> .....	94
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> ..	35	BENDEKA .....	6	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	36
<i>atropine sulfate</i> .....	96	BENLYSTA.....	81	BRONCHITOL .....	62
ATROVENT HFA.....	65	<i>benztropine mesylate</i> .....	36	BRUKINSA .....	6
<i>abra eq</i> .....	111	BESREMI .....	81	<i>budesonide</i> .....	56, 64
AUGTYRO.....	5	<i>betaine</i> .....	96	<i>budesonide-formoterol</i>	
<i>aurovela 1.5/30</i> .....	111	<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>fumarate</i> .....	64
<i>aurovela 1/20</i> .....	111	.....	67	<i>bumetanide</i> .....	52
<i>aurovela 24 fe</i> .....	111	<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>buprenorphine</i> .....	100
<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	112	<i>aug</i> .....	67	<i>buprenorphine hcl</i> .....	23
<i>aurovela fe 1/20</i> .....	112	<i>betamethasone valerate</i> ..	67	<i>buprenorphine hcl-naloxone</i>	
AUSTEDO .....	58	BETASERON .....	59	<i>hcl</i> .....	23, 24
AUSTEDO XR .....	58, 59	<i>betaxolol hcl</i> .....	91	<i>bupropion hcl</i> .....	124
AUSTEDO XR PATIENT		<i>bethanechol chloride</i> .....	75	<i>bupropion hcl er (smoking</i>	
TITRATION.....	59	<i>bexarotene</i> .....	6	<i>det)</i> .....	24
AUVELITY .....	124	BEXSERO .....	87	<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....	124
<i>aviane</i> .....	112	<i>bicalutamide</i> .....	6	<i>bupropion hcl er (xl)</i> .....	124
AVONEX PEN .....	59	BICILLIN L-A .....	108	<i>buspirone hcl</i> .....	96
AVONEX PREFILLED .....	59	BIKTARVY .....	131	<i>butalbital-apap-caff-cod</i> ..	100
<i>ayuna</i> .....	112	<i>bimatoprost</i> .....	91	<i>butalbital-apap-caffeine</i> ..	100
AYVAKIT .....	5	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	46	<b>C</b>	
<i>azacitidine</i> .....	5	<i>bisoprolol-</i>		CABENUVA .....	131
<i>azathioprine</i> .....	81	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	46	<i>cabergoline</i> .....	36
<i>azathioprine sodium</i> .....	81	<i>bleomycin sulfate</i> .....	6	CABOMETYX .....	6
<i>azelastine hcl</i> .....	96	<i>blisovi 24 fe</i> .....	112	<i>calcipotriene</i> .....	70
<i>azithromycin</i> .....	107	<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	112	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	56
<i>aztreonam</i> .....	105	<i>blisovi fe 1/20</i> .....	112	<i>calcitriol</i> .....	56
<i>azurette</i> .....	112	BOOSTRIX .....	87	CALQUENCE.....	6
<b>B</b>		<i>bortezomib</i> .....	6	<i>camila</i> .....	112
<i>bacitracin</i> .....	92	<i>bosentan</i> .....	98	<i>candesartan cilexetil</i> .....	48
<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	92	BOSULIF .....	6	<i>candesartan cilexetil-hctz</i> ..	49
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-</i>		BRAFTOVI.....	6	CAPLYTA .....	39
<i>hc</i> .....	92	BREO ELLIPTA .....	64	CAPRELSA.....	6
<i>baclofen</i> .....	143	<i>breyna</i> .....	64	<i>captopril</i> .....	54
<i>balsalazide disodium</i> .....	56	BREZTRI AEROSPHERE	65	<i>carbamazepine</i> .....	119
BALVERSA .....	5	BRILINTA .....	141	<i>carbamazepine er</i> .....	119
BCG VACCINE.....	87	<i>brimonidine tartrate</i> .....	91	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	37
BELSOMRA .....	57	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	91	<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	36
<i>benazepril hcl</i> .....	53	<i>brinzolamide</i> .....	91	<i>carglumic acid</i> .....	72
<i>benazepril-</i>		BRIVIACT .....	119	<i>carteolol hcl</i> .....	91
<i>hydrochlorothiazide</i> ..	53, 54	<i>bromfenac sodium</i> .....	94	<i>cartia xt</i> .....	47

<i>carvedilol</i> .....	46	<i>clindamycin hcl</i> .....	104	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	7
CAYSTON.....	105	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> .....	71	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	137
<i>cefaclor</i> .....	105	<i>clindamycin phosphate</i> ....	71, 103, 104	COMPLERA.....	131
<i>cefadroxil</i> .....	105	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10).....	44	<i>compro</i> .....	34
<i>cefazolin sodium</i> .....	105	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14).....	44	<i>constulose</i> .....	73
<i>cefdinir</i> .....	105, 106	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5).....	44	COPIKTRA.....	7
<i>cefepime hcl</i> .....	106	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10).....	44	CORLANOR.....	48
<i>cefixime</i> .....	106	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14).....	44	COSENTYX.....	82, 96
<i>cefoxitin sodium</i> .....	106	<i>clobazam</i> .....	119	COSENTYX (300 MG DOSE).....	82
<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	106	<i>clobetasol propionate</i> .....	68	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	82
<i>cefprozil</i> .....	106	<i>clobetasol propionate e</i> .....	67	COSENTYX UNOREADY.....	82
<i>ceftazidime</i> .....	106	<i>clobetasol propionate emulsion</i> .....	68	COTELLIC.....	7
<i>ceftriaxone sodium</i> .....	106	<i>clomipramine hcl</i> .....	125	CREON.....	142
<i>cefuroxime axetil</i> .....	106	<i>clonazepam</i> .....	25	<i>cromolyn sodium</i> ... 62, 73, 96	
<i>cefuroxime sodium</i> .....	106	<i>clonidine</i> .....	44, 45	<i>cryselle-28</i> .....	112
<i>celecoxib</i> .....	98	<i>clonidine hcl</i> .....	44	CVS GAUZE STERILE ...	137
<i>cephalexin</i> .....	106	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	141	<i>cyclafem 1/35</i> .....	112
<i>cevimeline hcl</i> .....	66	<i>clorazepate dipotassium</i> ... 25		<i>cyclafem 7/7/7</i> .....	112
<i>chateal eq</i> .....	112	<i>clotrimazole</i> .....	128	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	143
<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	25	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	128	<i>cyclophosphamide</i> .....	7
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	67	<i>clozapine</i> .....	39	CYCLOPHOSPHAMIDE ....	7
<i>chloroquine phosphate</i> .....	35	COARTEM.....	35	<i>cyclosporine</i> .....	82, 94
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	39	<i>colchicine</i> .....	32, 33	<i>cyclosporine modified</i> .....	82
<i>chlorthalidone</i> .....	53	<i>colchicine-probenecid</i> .....	33	<i>cyred eq</i> .....	112
<i>cholestyramine</i> .....	50	<i>colesevelam hcl</i> .....	51	<b>D</b>	
<i>cholestyramine light</i> .....	50	<i>colestipol hcl</i> .....	51	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	139
<i>ciclopirox</i> .....	128	<i>colistimethate sodium (cba)</i> .....	104	<i>dalfampridine er</i> .....	59
<i>ciclopirox olamine</i> .....	128	COMBIVENT RESPIMAT .	65	<i>danazol</i> .....	76
<i>cilostazol</i> .....	141	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	7	<i>dantrolene sodium</i> .....	143
CIMDUO.....	131	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	7	DANYELZA.....	7
<i>cimetidine hcl</i> .....	72			<i>dapsone</i> .....	130
CIMZIA.....	82			DAPTACEL.....	87
CIMZIA (2 SYRINGE).....	82			<i>daptomycin</i> .....	104
<i>cinacalcet hcl</i> .....	56, 57			DAPTOMYCIN.....	104
CINQAIR.....	62			<i>darunavir</i> .....	131
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	92, 109			<i>dasatinib</i> .....	7
<i>ciprofloxacin in d5w</i> .....	109			<i>dasetta 1/35</i> .....	112
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	92				
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	125				
<i>clarithromycin</i> .....	107				
CLENPIQ.....	74				

<i>dasetta 7/7/7</i> .....	112	<i>diltiazem hcl er</i> .....	47	<i>efavirenz-lamivudine-</i>	
DAURISMO .....	7	<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	47	<i>tenofovir</i> .....	132
<i>deblitane</i> .....	112	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>		ELIGARD .....	8
<i>decitabine</i> .....	8	.....	47	<i>elinest</i> .....	112
<i>deferasirox</i> .....	103	<i>dilt-xr</i> .....	47	ELIQUIS.....	139
DELSTRIGO.....	131	<i>dimethyl fumarate</i> .....	59	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
<i>delyla</i> .....	112	<i>dimethyl fumarate starter</i>		PACK .....	139
<i>demeclocycline hcl</i> .....	110	<i>pack</i> .....	59	ELREXFIO .....	8
DENGVAZIA .....	87	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	73	<i>eluryng</i> .....	113
DEPO-SUBQ PROVERA	104	DIPHTHERIA-TETANUS		EMCYT .....	8
.....	80	TOXOIDS DT .....	87	EMGALITY.....	33
DESCOVY.....	131	<i>dipyridamole</i> .....	141	EMGALITY (300 MG DOSE)	
<i>desipramine hcl</i> .....	125	<i>disulfiram</i> .....	24	.....	33
<i>desmopressin ace spray</i>		<i>divalproex sodium</i> .....	120	<i>emoquette</i> .....	113
<i>refrig</i> .....	79	<i>divalproex sodium er</i> .....	120	EMSAM.....	125
<i>desmopressin acetate</i> .....	79	<i>dofetilide</i> .....	45	<i>emtricitabine</i> .....	132
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>dolishale</i> .....	112	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	132
.....	112	<i>donepezil hcl</i> .....	26	EMTRIVA.....	132
<i>desvenlafaxine succinate er</i>		<i>dorzolamide hcl</i> .....	91	<i>emzahh</i> .....	113
.....	125	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>		<i>enalapril maleate</i> .....	54
<i>dexamethasone</i> .....	78	.....	91	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>dexamethasone sodium</i>		DOVATO .....	131	.....	54
<i>phosphate</i> .....	78, 94	<i>doxazosin mesylate</i> .....	45	ENBREL .....	83
<i>dextrose</i> .....	44	<i>doxepin hcl</i> .....	125	ENBREL MINI.....	82
<i>dextrose-sodium chloride</i>	138	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> ....	8	ENBREL SURECLICK.....	83
DIACOMIT.....	119	<i>doxy 100</i> .....	110	<i>endocet</i> .....	100
<i>diazepam</i> .....	25, 120	<i>doxycycline hyclate</i> .....	110	ENGERIX-B .....	87
<i>diazepam intensol</i> .....	25	<i>doxycycline monohydrate</i>		<i>enilloring</i> .....	113
<i>diazoxide</i> .....	96	.....	110, 111	<i>enoxaparin sodium</i> .....	140
<i>diclofenac potassium</i> .....	98	DRIZALMA SPRINKLE...	125	<i>enpresse-28</i> .....	113
<i>diclofenac sodium</i> .....	95, 99	<i>dronabinol</i> .....	34	<i>enskyce</i> .....	113
<i>diclofenac sodium er</i> .....	98	<i>droxidopa</i> .....	45	<i>entacapone</i> .....	37
<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	99	DUAVEE.....	76	<i>entecavir</i> .....	137
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	109	<i>duloxetine hcl</i> .....	125	ENTRESTO .....	49
<i>dicyclomine hcl</i> .....	73	DUPIXENT .....	82	<i>enulose</i> .....	73
<i>didanosine</i> .....	131	<i>dutasteride</i> .....	74	EPCLUSA .....	135
DIFICID .....	107	<b>E</b>		EPIDIOLEX .....	120
<i>difluprednate</i> .....	95	<i>econazole nitrate</i> .....	128	<i>epinastine hcl</i> .....	96
<i>digoxin</i> .....	48	EDURANT .....	131	<i>epinephrine</i> .....	48
<i>dihydroergotamine mesylate</i>		<i>efavirenz</i> .....	131	<i>epitol</i> .....	120
.....	33	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>		EPIVIR HBV.....	132
<i>diltiazem hcl</i> .....	47	.....	132	EPKINLY .....	8

*eplerenone* ..... 55  
 EPRONTIA ..... 120  
 ERBITUX ..... 8  
*ergoloid mesylates* ..... 26  
 ERIVEDGE ..... 8  
 ERLEADA ..... 8  
*erlotinib hcl* ..... 8  
*errin* ..... 113  
*ertapenem sodium* ..... 105  
*erythromycin* ..... 71, 93  
*erythromycin base* ..... 107  
*erythromycin ethylsuccinate*  
 ..... 107  
*escitalopram oxalate* ..... 125  
*esomeprazole magnesium* 72  
*estarylla* ..... 113  
*estradiol* ..... 77  
*estradiol-norethindrone acet*  
 ..... 77  
*eszopiclone* ..... 57  
*ethambutol hcl* ..... 130  
*ethosuximide* ..... 120  
*ethynodiol diac-eth estradiol*  
 ..... 113  
*etodolac* ..... 99  
*etonogestrel-ethinyl estradiol*  
 ..... 113  
 ETOPOPHOS ..... 8  
*etoposide* ..... 8  
*etravirine* ..... 132  
 EUCRISA ..... 68  
*everolimus* ..... 8, 9, 83  
 EVOTAZ ..... 132  
 EXEL COMFORT POINT  
 PEN NEEDLE ..... 137  
*exemestane* ..... 9  
 EXKIVITY ..... 9  
 EXTENCILLINE ..... 109  
 EYSUVIS ..... 95  
*ezetimibe* ..... 51  
*ezetimibe-simvastatin* ..... 51

**F**  
*falmina* ..... 113  
*famciclovir* ..... 137  
*famotidine* ..... 72  
 FANAPT ..... 39  
 FANAPT TITRATION PACK  
 ..... 39  
 FARXIGA ..... 27  
 FASENRA ..... 62  
 FASENRA PEN ..... 62  
*febuxostat* ..... 33  
*felbamate* ..... 120  
*felodipine er* ..... 50  
*femynor* ..... 113  
*fenofibrate* ..... 51  
*fenofibrate micronized* ..... 51  
*fentanyl* ..... 101  
*fentanyl citrate* ..... 100  
*fesoterodine fumarate er*... 75  
 FETZIMA ..... 126  
 FETZIMA TITRATION ... 126  
 FIASP ..... 30  
 FIASP FLEXTOUCH ..... 29  
 FIASP PENFILL ..... 30  
*finasteride* ..... 74  
*ingolimod hcl* ..... 59  
 FINTEPLA ..... 120  
 FIRMAGON ..... 9  
 FIRMAGON (240 MG DOSE)  
 ..... 9  
*flavoxate hcl* ..... 75  
*flecainide acetate* ..... 45  
*floxuridine* ..... 9  
*fluconazole* ..... 128  
*fluconazole in sodium*  
*chloride* ..... 128  
*flucytosine* ..... 129  
*fludrocortisone acetate* ..... 78  
*flunisolide* ..... 95  
*fluocinolone acetonide* .68, 95  
*fluocinonide* ..... 68  
*fluorometholone* ..... 95

*fluorouracil* ..... 9, 70  
*fluoxetine hcl* ..... 126  
*fluphenazine decanoate*... 39  
*fluphenazine hcl* ..... 39  
*flurbiprofen* ..... 99  
 FLURBIPROFEN ..... 99  
*flurbiprofen sodium* ..... 95  
 FLUTAMIDE ..... 9  
*fluticasone propionate* .68, 95  
*fluticasone propionate hfa* .64  
*fluticasone-salmeterol* ..... 64  
*fluvastatin sodium* ..... 51  
*fluvastatin sodium er* ..... 51  
*fluvoxamine maleate* ..... 126  
*fondaparinux sodium* ..... 140  
*fosamprenavir calcium* ... 132  
*fosinopril sodium* ..... 54  
*fosinopril sodium-hctz* ..... 54  
*fosphenytoin sodium* ..... 120  
 FOTIVDA ..... 9  
 FRUZAQLA ..... 9  
*fulvestrant* ..... 9  
*furosemide* ..... 53  
 FUZEON ..... 132  
 FYARRO ..... 9  
 FYCOMPA ..... 120  
**G**  
*gabapentin* ..... 120, 121  
*galantamine hydrobromide* 26  
*galantamine hydrobromide er*  
 ..... 26  
*gallifrey* ..... 80  
 GAMUNEX-C ..... 83  
 GARDASIL 9 ..... 88  
 GAVILYTE-C ..... 74  
*gavilyte-g* ..... 74  
*gavilyte-n with flavor pack* .74  
 GAVRETO ..... 9  
*gefitinib* ..... 9  
*gemfibrozil* ..... 51  
*generlac* ..... 73  
*gengraf* ..... 83

GENTAK.....	93	HEPLISAV-B .....	88	ICLUSIG .....	10
<i>gentamicin sulfate</i> 71, 93, 103		HERCEPTIN HYLECTA ...	10	<i>icosapent ethyl</i> .....	51
GENVOYA.....	132	HERZUMA.....	10	IDHIFA .....	10
GILOTRIF.....	9	HIBERIX .....	88	<i>ifosfamide</i> .....	10
<i>glatiramer acetate</i> .....	59	HUMIRA (2 PEN).....	83	ILEVRO.....	95
<i>glatopa</i> .....	59, 60	HUMIRA (2 SYRINGE) .....	83	<i>imatinib mesylate</i> .....	10
GLEOSTINE.....	10	HUMIRA-CD/UC/HS		IMBRUVICA.....	10
<i>glimepiride</i> .....	32	STARTER .....	83	IMDELLTRA.....	10
<i>glipizide</i> .....	32	HUMIRA-PED<40KG		<i>imipenem-cilastatin</i> .....	105
<i>glipizide er</i> .....	32	CROHNS STARTER.....	83	<i>imipramine hcl</i> .....	126
<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	32	HUMIRA-PED>/=40KG		<i>imiquimod</i> .....	70
GLOBAL ALCOHOL PREP		CROHNS START .....	84	IMJUDO .....	11
EASE .....	137	HUMIRA-PED>/=40KG UC		IMOVAX RABIES.....	88
<i>glyburide</i> .....	32	STARTER .....	84	IMPAVIDO .....	36
<i>glyburide micronized</i> .....	32	HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		<i>incassia</i> .....	113
<i>glyburide-metformin</i> .....	32	STARTER .....	84	INCRELEX.....	79
<i>glycopyrrolate</i> .....	73	HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		<i>indapamide</i> .....	53
<i>glydo</i> .....	102	STARTER .....	84	<i>indomethacin</i> .....	99
GLYXAMBI .....	27	HUMULIN R U-500		INFANRIX .....	88
<i>griseofulvin microsize</i> .....	129	(CONCENTRATED).....	30	<i>infliximab</i> .....	84
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>		HUMULIN R U-500		INGREZZA.....	60
.....	129	KWIKPEN .....	30	INLYTA .....	11
<i>guanfacine hcl</i> .....	45	<i>hydralazine hcl</i> .....	48	INQOVI .....	11
<i>guanfacine hcl er</i> .....	60	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	53	INREBIC .....	11
GVOKE HYOPEN 2-PACK		<i>hydrocodone-acetaminophen</i>		<i>insulin asp prot &amp; asp flexpen</i>	
.....	96	.....	101	.....	30
GVOKE KIT .....	97	<i>hydrocortisone</i> .....	56, 69, 78	INSULIN ASPART .....	30
GVOKE PFS.....	97	<i>hydrocortisone (perianal)</i> ..	69	INSULIN ASPART FLEXPEN	
<b>H</b>		<i>hydrocortisone valerate</i> ...	69	.....	30
HAEGARDA .....	141	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	93	INSULIN ASPART PENFILL	
<i>hailey 24 fe</i> .....	113	<i>hydromorphone hcl</i> .....	101	.....	30
<i>hailey fe 1.5/30</i> .....	113	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	35	<i>insulin aspart prot &amp; aspart</i>	30
<i>hailey fe 1/20</i> .....	113	<i>hydroxyurea</i> .....	10	INTELENCE.....	132
<i>halobetasol propionate</i> .....	68	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	130	INTRON A.....	136
<i>haloette</i> .....	113	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	97	<i>introvale</i> .....	113
<i>haloperidol</i> .....	40	<b>I</b>		INVEGA HAFYERA .....	40
<i>haloperidol decanoate</i> .....	39	<i>ibandronate sodium</i> .....	57	INVEGA SUSTENNA.....	40
<i>haloperidol lactate</i> .....	39, 40	IBRANCE.....	10	INVEGA TRINZA .....	40, 41
HARVONI.....	135, 136	<i>ibu</i> .....	99	INVELTYS .....	95
HAVRIX.....	88	<i>ibuprofen</i> .....	99	IPOL.....	88
<i>heather</i> .....	113	<i>icatibant acetate</i> .....	48	<i>ipratropium bromide</i> ...	66, 96
<i>heparin sodium (porcine)</i> .140		<i>iclevia</i> .....	113	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	66

<i>irbesartan</i> .....	49	<i>kelnor 1/35</i> .....	114	LANTUS SOLOSTAR .....	30
<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> .....	49	<i>kelnor 1/50</i> .....	114	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	12
ISENTRESS .....	132, 133	KERENDIA .....	55	<i>larin 1.5/30</i> .....	114
ISENTRESS HD .....	132	KESIMPTA .....	60	<i>larin 1/20</i> .....	114
<i>isibloom</i> .....	114	<i>ketoconazole</i> .....	129	<i>larin 24 fe</i> .....	114
<i>isoniazid</i> .....	130	<i>ketorolac tromethamine</i> ...	95, 99	<i>larin fe 1.5/30</i> .....	114
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	55	KEYTRUDA .....	11	<i>larin fe 1/20</i> .....	114
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	55	KIMMTRAK.....	11	<i>larissia</i> .....	115
<i>isosorbide mononitrate er</i> ..	55	KINERET .....	84	<i>latanoprost</i> .....	91
<i>itraconazole</i> .....	129	KINRIX.....	88	LAZCLUZE .....	12
<i>ivabradine hcl</i> .....	48	<i>kionex</i> .....	73	<i>leflunomide</i> .....	84
<i>ivermectin</i> .....	36	KISQALI (200 MG DOSE)	11	<i>lenalidomide</i> .....	12
IWILFIN .....	11	KISQALI (400 MG DOSE)	11	LENTOCILIN.....	109
IXCHIQ.....	88	KISQALI (600 MG DOSE)	11	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	12
IXIARO .....	88	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	12	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	12
<b>J</b>		KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	12	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	12
JAKAFI .....	11	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	12	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	12
<i>jantoven</i> .....	140	KLISYRI.....	70	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	12
JANUMET .....	27	<i>klor-con m10</i> .....	138	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	13
JANUMET XR .....	27	<i>klor-con m15</i> .....	138	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	13
JANUVIA .....	27	<i>klor-con m20</i> .....	138	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	13
JARDIANCE .....	27	KLOXXADO .....	24	<i>lessina</i> .....	115
<i>javygtor</i> .....	142	KOSELUGO .....	12	<i>letrozole</i> .....	13
JAYPIRCA.....	11	KRAZATI .....	12	<i>leucovorin calcium</i> .....	97
JEMPERLI.....	11	<i>kurvelo</i> .....	114	LEUKERAN .....	13
<i>jencycla</i> .....	114	KYLEENA .....	114	<i>leuprolide acetate</i> .....	13
JENTADUETO .....	27	KYNMOBI .....	37	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH).....	13
JENTADUETO XR .....	27	KYNMOBI TITRATION KIT37		<i>levetiracetam</i> .....	121
<i>jolessa</i> .....	114	<b>L</b>		<i>levetiracetam er</i> .....	121
<i>juleber</i> .....	114	<i>labetalol hcl</i> .....	46	<i>levobunolol hcl</i> .....	91
JULUCA .....	133	<i>lacosamide</i> .....	121	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	130
<i>junel 1.5/30</i> .....	114	<i>lactulose</i> .....	73	<i>levofloxacin</i> .....	110
<i>junel 1/20</i> .....	114	<i>lamivudine</i> .....	133		
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	114	<i>lamivudine-zidovudine</i> ....	133		
<i>junel fe 1/20</i> .....	114	<i>lamotrigine</i> .....	121		
<i>junel fe 24</i> .....	114	LANREOTIDE ACETATE .	79		
JYLAMVO.....	11	<i>lansoprazole</i> .....	72		
JYNNEOS .....	88	LANTUS .....	30		
<b>K</b>					
KALYDECO.....	62				
<i>kariva</i> .....	114				

<i>levofloxacin in d5w</i> .....	110	<i>losartan potassium</i> .....	49	<i>marlissa</i> .....	115
<i>levonest</i> .....	115	<i>losartan potassium-hctz</i> ....	49	MARPLAN .....	126
<i>levonorgest-eth estrad 91-</i> <i>day</i> .....	115	LOTEMAX .....	95	MATULANE .....	14
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i> .....	115	LOTEMAX SM .....	95	MAVENCLAD (10 TABS)..	60
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	115	<i>loteprednol etabonate</i> .....	95	MAVENCLAD (4 TABS)....	60
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	115	<i>lovastatin</i> .....	51	MAVENCLAD (5 TABS)....	60
<i>levora 0.15/30 (28)</i> .....	115	<i>low-ogestrel</i> .....	115	MAVENCLAD (6 TABS)....	60
<i>levothyroxine sodium</i> .....	76	<i>loxapine succinate</i> .....	41	MAVENCLAD (7 TABS)....	60
LEXIVA.....	133	<i>lubiprostone</i> .....	73	MAVENCLAD (8 TABS)....	60
<i>l-glutamine</i> .....	97	LUMAKRAS.....	13	MAVENCLAD (9 TABS)....	61
LIBERVANT .....	121	LUMIGAN .....	92	MAYZENT.....	61
<i>lidocaine</i> .....	102	LUNSUMIO.....	13	MAYZENT STARTER PACK .....	61
<i>lidocaine hcl</i> <i>urethral/mucosal</i> .....	102	LUPRON DEPOT (1- MONTH).....	13, 79	<i>meclizine hcl</i> .....	34
<i>lidocaine viscous hcl</i> .....	102	LUPRON DEPOT (3- MONTH).....	13, 79	<i>medroxyprogesterone</i> <i>acetate</i> .....	80
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	102	LUPRON DEPOT (4- MONTH).....	14	<i>mefloquine hcl</i> .....	36
<i>lidocan</i> .....	102	LUPRON DEPOT (6- MONTH).....	14	<i>megestrol acetate</i> .....	14, 80
LILETTA (52 MG) .....	115	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....	79	MEKINIST .....	14
<i>lillow</i> .....	115	LUPRON DEPOT-PED (6- MONTH).....	79	MEKTOVI.....	14
<i>linezolid</i> .....	104	<i>lurasidone hcl</i> .....	41	<i>meloxicam</i> .....	99
LINZESS .....	73	<i>lutera</i> .....	115	<i>memantine hcl</i> .....	26
<i>liothyronine sodium</i> .....	76	LYBALVI.....	41	<i>memantine hcl er</i> .....	26
<i>lisinopril</i> .....	54	<i>lyleq</i> .....	115	MENACTRA.....	88
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	54	LYNPARZA.....	14	MENQUADFI .....	88
<i>lithium</i> .....	60	LYSODREN.....	14	MENVEO .....	88
<i>lithium carbonate</i> .....	60	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	14	<i>mercaptopurine</i> .....	14
LITHIUM CARBONATE.....	60	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	14	<i>meropenem</i> .....	105
<i>lithium carbonate er</i> .....	60	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	14	<i>mesalamine</i> .....	56
LIVTENCITY.....	136	<i>lyza</i> .....	115	<i>mesalamine er</i> .....	56
LOKELMA .....	73	<b>M</b>		MESNEX.....	97
LONSURF .....	13	<i>magnesium sulfate</i> .....	138	<i>metformin hcl</i> .....	27, 28
<i>loperamide hcl</i> .....	73	<i>malathion</i> .....	71	<i>metformin hcl er</i> .....	27
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	133	<i>maraviroc</i> .....	133	<i>methadone hcl</i> .....	101
LOQTORZI .....	13	MARGENZA .....	14	<i>methazolamide</i> .....	92
<i>lorazepam</i> .....	25			<i>methenamine hippurate</i> ..	104
<i>lorazepam intensol</i> .....	25			<i>methimazole</i> .....	76
LORBRENA.....	13			<i>methocarbamol</i> .....	143
				<i>methotrexate sodium</i> ..	14, 15
				<i>methotrexate sodium (pf)</i> ..	14
				<i>methoxsalen rapid</i> .....	70
				<i>methsuximide</i> .....	121



<i>methylphenidate hcl</i> .....	61	MOXIFLOXACIN HCL IN		NIACIN	
<i>methylprednisolone</i> .....	78	NACL .....	110	(ANTHYPERLIPIDEMIC)	
<i>metoclopramide hcl</i> .....	73	MRESVIA .....	89	.....	51
<i>metolazone</i> .....	53	MULTAQ.....	45	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	
<i>metoprolol succinate er</i> ....	46	<i>mupirocin</i> .....	71	.....	52
<i>metoprolol tartrate</i> .....	46	MVASI .....	15	NIACOR.....	52
<i>metronidazole</i> ....	71, 103, 104	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	84	NICOTROL NS .....	24
<i>metyrosine</i> .....	48	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	84	<i>nifedipine er</i> .....	50
<i>micafungin sodium</i> .....	129	<i>mycophenolate sodium</i> ....	84	<i>nifedipine er osmotic release</i>	
MICONAZOLE 3.....	129	<b>N</b>		.....	50
<i>microgestin 1.5/30</i> .....	115	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	74	<i>nilutamide</i> .....	15
<i>microgestin 1/20</i> .....	115	<i>nabumetone</i> .....	99	NINLARO.....	15
<i>microgestin 24 fe</i> .....	115	<i>nafacillin sodium</i> .....	109	<i>nitazoxanide</i> .....	36
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	115	<i>naloxone hcl</i> .....	24	<i>nitisinone</i> .....	143
<i>microgestin fe 1/20</i> .....	116	<i>naltrexone hcl</i> .....	24	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	
<i>midodrine hcl</i> .....	45	<i>naproxen</i> .....	100	.....	104
<i>mifepristone</i> .....	28	<i>naratriptan hcl</i> .....	33	<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
<i>mili</i> .....	116	NATACYN .....	93	<i>macro</i> .....	104
<i>mimvey</i> .....	77	<i>nateglinide</i> .....	28	<i>nitroglycerin</i> .....	55, 97
<i>minitran</i> .....	55	NATPARA.....	57	NIVESTYM .....	142
<i>minocycline hcl</i> .....	111	NAYZILAM.....	121	NORDITROPIN FLEXP	79
<i>minoxidil</i> .....	55	<i>nebivolol hcl</i> .....	46	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	
<i>mirabegron er</i> .....	75	<i>nefazodone hcl</i> .....	126	.....	116
MIRENA (52 MG) .....	116	<i>neomycin sulfate</i> .....	103	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	116
<i>mirtazapine</i> .....	126	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>		<i>norethindrone</i> .....	116
<i>misoprostol</i> .....	72	<i>polymyx</i> .....	93	<i>norethindrone acetate</i> .....	81
<i>mitoxantrone hcl</i> .....	15	<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	
M-M-R II .....	88	<i>dexameth</i> .....	93	.....	116
<i>modafinil</i> .....	57, 58	<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>norgestimate-eth estradiol</i>	
<i>moexipril hcl</i> .....	54	<i>gramicidin</i> .....	93	.....	116
<i>molindone hcl</i> .....	41	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ....	93	<i>norgestim-eth estrad</i>	
<i>mometasone furoate</i> ...	69, 95	<i>neo-polycin</i> .....	93	<i>triphasic</i> .....	116
<i>mono-lynyah</i> .....	116	<i>neo-polycin hc</i> .....	93	<i>norlyda</i> .....	116
<i>montelukast sodium</i> .....	65	NERLYNX.....	15	<i>norlyroc</i> .....	116
MORPHINE SULFATE ....	101	<i>neuac</i> .....	71	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	116
<i>morphine sulfate</i>		NEULASTA ONPRO.....	141	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	116
( <i>concentrate</i> ).....	101	<i>nevirapine</i> .....	133	<i>nortrel 7/7/7</i> .....	116
<i>morphine sulfate er</i> .....	101	<i>nevirapine er</i> .....	133	<i>nortriptyline hcl</i> .....	126
MOUNJARO.....	28	NEXLETOL.....	51	NORVIR.....	133
MOVANTIK.....	73	NEXLIZET .....	51	NOVOLIN 70/30.....	31
<i>moxifloxacin hcl</i> .....	93, 110	NEXPLANON .....	116	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	
				.....	30

NOVOLIN N.....	31	OPDUALAG.....	16	<i>pemetrexed disodium</i> .....	16
NOVOLIN N FLEXPEN .....	31	OPSUMIT .....	98	PEMETREXED DISODIUM	
NOVOLIN R.....	31	ORENCIA .....	85	.....	16
NOVOLIN R FLEXPEN .....	31	ORENCIA CLICKJECT .....	85	<i>pemetrexed ditromethamine</i>	
NUBEQA .....	15	ORGOVYX .....	79	.....	16
NUCALA.....	62, 63	ORLISSA.....	80	PEMRYDI RTU .....	16
NULOJIX .....	84	ORKAMBI.....	63	PENBRAYA .....	89
NUPLAZID.....	41	ORSERDU.....	16	<i>penicillamine</i> .....	103
NURTEC .....	33	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	136	<i>penicillin g potassium</i> .....	109
<i>nyamyc</i> .....	129	OTEZLA.....	85	<i>penicillin g procaine</i> .....	109
<i>nylia 1/35</i> .....	116	<i>oxandrolone</i> .....	76	<i>penicillin v potassium</i> .....	109
<i>nylia 7/7/7</i> .....	116	<i>oxcarbazepine</i> .....	121, 122	PENTACEL.....	89
<i>nymyo</i> .....	117	<i>oxybutynin chloride</i> .....	75	<i>pentamidine isethionate</i> ....	36
<i>nystatin</i> .....	129	<i>oxybutynin chloride er</i> .....	75	<i>pentoxifylline er</i> .....	141
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	129	<i>oxycodone hcl</i> .....	101, 102	<i>perindopril erbumine</i> .....	54
<i>nystop</i> .....	129	<i>oxycodone-acetaminophen</i>		<i>periogard</i> .....	67
NYVEPRIA .....	142	.....	102	<i>permethrin</i> .....	71
<b>O</b>		OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>perphenazine</i> .....	42
OCREVUS.....	61	MG/DOSE).....	28	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	
<i>octreotide acetate</i> .....	79	OZEMPIC (1 MG/DOSE) ..	28	.....	127
ODEFSEY .....	133	OZEMPIC (2 MG/DOSE) ..	28	PERSERIS.....	42
ODOMZO .....	15	<b>P</b>		<i>phenelzine sulfate</i> .....	127
OFEV .....	63	<i>pacerone</i> .....	45	<i>phenobarbital</i> .....	122
<i>ofloxacin</i> .....	93	PACLITAXEL PROTEIN-		<i>phenytoin</i> .....	122
OGIVRI.....	15	BOUND PART .....	16	<i>phenytoin sodium</i> .....	122
OGSIVEO.....	15	<i>paliperidone er</i> .....	42	<i>phenytoin sodium extended</i>	
OJEMDA .....	15	PANRETIN .....	70	.....	122
OJJAARA .....	15	<i>pantoprazole sodium</i> .....	72	PIFELTRO .....	133
<i>olanzapine</i> .....	41	<i>paricalcitol</i> .....	57	<i>pilocarpine hcl</i> .....	67, 92
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	49	<i>paromomycin sulfate</i> .....	36	<i>pimecrolimus</i> .....	69
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>		<i>paroxetine hcl</i> .....	126	<i>pimozide</i> .....	42
.....	49	<i>paroxetine hcl er</i> .....	126	<i>pimtreea</i> .....	117
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>		PAXLOVID (150/100) .....	136	<i>pioglitazone hcl</i> .....	28
.....	49	PAXLOVID (300/100) .....	136	<i>pioglitazone hcl-metformin</i>	
<i>olopatadine hcl</i> .....	96	<i>pazopanib hcl</i> .....	16	<i>hcl</i> .....	28
<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	52	PEDIARIX.....	89	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i>omeprazole</i> .....	72	PEDVAX HIB .....	89	<i>so</i> .....	109
<i>ondansetron</i> .....	35	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>		PIQRAY (200 MG DAILY	
<i>ondansetron hcl</i> .....	34, 35	.....	74	DOSE).....	16
ONTRUZANT .....	15	<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	74	PIQRAY (250 MG DAILY	
ONUREG.....	15	PEGASYS .....	136	DOSE).....	16
OPDIVO .....	16	PEMAZYRE .....	16		

PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) .....	17	PREZCOBIX.....	133	<i>quinidine sulfate</i> .....	45
<i>pirfenidone</i> .....	63	PREZISTA .....	134	<i>quinine sulfate</i> .....	36
<i>pirmella 1/35</i> .....	117	PRIFTIN.....	130	QULIPTA .....	33
<i>pirmella 7/7/7</i> .....	117	PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	36	<b>R</b>	
<i>pitavastatin calcium</i> .....	52	<i>primidone</i> .....	122	<i>ra isopropyl alcohol wipes</i> .....	137
PLEGRIDY .....	61	PRIORIX.....	89	RABAVERT .....	89
PLEGRIDY STARTER PACK .....	61	<i>probenecid</i> .....	33	<i>rabeprazole sodium</i> .....	72
<i>podofilox</i> .....	70	PROCALAMINE .....	44	<i>raloxifene hcl</i> .....	77
<i>polycin</i> .....	93	<i>prochlorperazine</i> .....	35	<i>ramipril</i> .....	54
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> ..	94	<i>prochlorperazine edisylate</i> ..	35	<i>ranolazine er</i> .....	48
POMALYST.....	17	<i>prochlorperazine maleate</i> ..	35	<i>rasagiline mesylate</i> .....	37
<i>portia-28</i> .....	117	<i>procto-med hc</i> .....	69	RASUVO.....	85
<i>posaconazole</i> .....	129	<i>proctosol hc</i> .....	69	RAYALDEE.....	57
<i>potassium chloride</i> ..	138, 139	<i>proctozone-hc</i> .....	69	<i>reclipsen</i> .....	117
<i>potassium chloride crys er</i> .....	138	<i>progesterone</i> .....	81	RECOMBIVAX HB .....	89
<i>potassium chloride er</i> .....	138	PROGRAF.....	85	RELENZA DISKHALER ..	136
<i>potassium citrate er</i> .....	139	PROLIA .....	57	RELI-ON INSULIN SYRINGE .....	137
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	37	PROMACTA .....	142	<i>repaglinide</i> .....	28
<i>prasugrel hcl</i> .....	141	<i>promethazine hcl</i> .....	35	REPATHA.....	52
<i>pravastatin sodium</i> .....	52	<i>promethegan</i> .....	35	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....	52
<i>praziquantel</i> .....	36	<i>propafenone hcl</i> .....	45	REPATHA SURECLICK ...	52
<i>prazosin hcl</i> .....	45	<i>propafenone hcl er</i> .....	45	RETACRIT .....	142
<i>prednisolone</i> .....	78	<i>propranolol hcl</i> .....	46	RETEVMO .....	17
<i>prednisolone acetate</i> .....	95	<i>propranolol hcl er</i> .....	46	RETROVIR .....	134
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	78	<i>propylthiouracil</i> .....	76	REXULTI.....	42
<i>prednisone</i> .....	78	PROQUAD .....	89	REYATAZ .....	134
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE .....	137	<i>protriptyline hcl</i> .....	127	REZLIDHIA .....	17
<i>pregabalin</i> .....	122	PULMOZYME .....	143	REZUROCK.....	85
PREHEVBRIO.....	89	PURIXAN.....	17	RHOPRESSA .....	92
PREMARIN .....	77	<i>pyrazinamide</i> .....	130	RIABNI.....	17
PREMPHASE.....	77	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	97	<i>ribavirin</i> .....	137
PREMPRO .....	77	<i>pyrimethamine</i> .....	36	<i>rifabutin</i> .....	130
PRENATAL .....	144	<b>Q</b>		<i>rifampin</i> .....	130
<i>prevalite</i> .....	52	QC ALCOHOL .....	137	<i>riluzole</i> .....	61
<i>previfem</i> .....	117	QINLOCK .....	17	RINVOQ.....	85
PREVYMIS.....	136	QUADRACEL .....	89	RINVOQ LQ.....	85
		<i>quetiapine fumarate</i> .....	42	<i>risperidone</i> .....	42
		<i>quetiapine fumarate er</i> .....	42	<i>risperidone microspheres er</i> .....	42
		<i>quinapril hcl</i> .....	54	<i>ritonavir</i> .....	134
		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....	54		

RITUXAN HYCELA .....	17	SIGNIFOR .....	80	STRENSIQ .....	143
<i>rivastigmine</i> .....	26	<i>sildenafil citrate</i> .....	98	<i>streptomycin sulfate</i> .....	103
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	26	<i>silver sulfadiazine</i> .....	71	STRIBILD.....	134
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	33, 34	SIMBRINZA .....	92	STRIVERDI RESPIMAT ...	66
ROCKLATAN .....	92	<i>simliya</i> .....	117	<i>subvenite</i> .....	123
<i>roflumilast</i> .....	63	<i>simvastatin</i> .....	52	<i>sucralfate</i> .....	72
<i>ropinirole hcl</i> .....	37	<i>sirolimus</i> .....	85	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	94
<i>ropinirole hcl er</i> .....	37	SIRTURO .....	130	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	94
<i>rosadan</i> .....	71	SKYLA .....	117	.....	94
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	52	SKYRIZI.....	86	<i>sulfadiazine</i> .....	110
ROTARIX .....	89, 90	SKYRIZI (150 MG DOSE)	85	<i>sulfamethoxazole-</i>	
ROTATEQ.....	90	SKYRIZI PEN .....	86	<i>trimethoprim</i> .....	110
ROZLYTREK.....	17	<i>sodium chloride</i> .....	139	<i>sulfasalazine</i> .....	56
RUBRACA.....	17	<i>sodium oxybate</i> .....	58	<i>sulindac</i> .....	100
<i>rufinamide</i> .....	122	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	73	<i>sumatriptan</i> .....	34
RUKOBIA .....	134	.....	73	<i>sumatriptan succinate</i> .....	34
RUXIENCE.....	18	<i>solifenacin succinate</i> .....	75	<i>sumatriptan succinate refill</i>	34
RYBELSUS .....	28	SOLIQUA.....	31	<i>sunitinib malate</i> .....	18
RYBREVANT .....	18	SOLTAMOX.....	18	SUNLENCA .....	134
RYDAPT.....	18	SOMATULINE DEPOT .....	80	SUTAB.....	74
RYTELO .....	18	SOMAVERT .....	80	SYMPAZAN .....	123
<b>S</b>		<i>sorafenib tosylate</i> .....	18	SYMTUZA.....	134
SANTYL .....	70	<i>sorine</i> .....	46	SYNJARDY.....	29
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	143	<i>sotalol hcl</i> .....	46	SYNJARDY XR.....	29
.....	143	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	46	SYNRIBO.....	18
SAVELLA .....	61	SPIRIVA RESPIMAT .....	66	<b>T</b>	
SAVELLA TITRATION PACK	61	<i>spironolactone</i> .....	53	TABLOID .....	18
.....	61	<i>spironolactone-hctz</i> .....	53	TABRECTA.....	18
SCSEMBLIX .....	18	SPRAVATO (56 MG DOSE)	127	<i>tacrolimus</i> .....	69, 86
<i>scopolamine</i> .....	35	.....	127	<i>tadalafil</i> .....	98
SECUADO.....	43	SPRAVATO (84 MG DOSE)	127	TAFINLAR .....	18, 19
<i>selegiline hcl</i> .....	37	.....	127	<i>tafluprost (pf)</i> .....	92
<i>selenium sulfide</i> .....	71	<i>sprintec 28</i> .....	117	TAGRISSE .....	19
SELZENTRY .....	134	SPRITAM.....	122	TALVEY .....	19
SEMGLEE (YFGN).....	31	SPRYCEL.....	18	TALZENNA .....	19
SEREVENT DISKUS.....	66	<i>sps</i> .....	73	<i>tamoxifen citrate</i> .....	19
SEROSTIM.....	80	<i>sronyx</i> .....	117	<i>tamsulosin hcl</i> .....	74
<i>sertraline hcl</i> .....	127	<i>ssd</i> .....	71	<i>tarina 24 fe</i> .....	117
<i>setlakin</i> .....	117	<i>stavudine</i> .....	134	<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	117
SEZABY .....	122	STELARA .....	86	TASIGNA .....	19
<i>sharobel</i> .....	117	STIOLTO RESPIMAT .....	66	TAVNEOS.....	86
SHINGRIX.....	90	STIVARGA .....	18	<i>tazarotene</i> .....	71

<i>tazicef</i> .....	107	TIVDAK.....	19	<i>triazolam</i> .....	25, 26
TAZICEF .....	107	TIVICAY.....	134	<i>trientine hcl</i> .....	103
<i>taztia xt</i> .....	47	TIVICAY PD.....	134	<i>tri-estarylla</i> .....	117
TAZVERIK.....	19	<i>tizanidine hcl</i> .....	143	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	43
TDVAX .....	90	TOBI PODHALER.....	103	<i>trifluridine</i> .....	94
TECVAYLI.....	19	<i>tobramycin</i> .....	94, 103	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	37
TEFLARO.....	107	<i>tobramycin pak</i> .....	103	TRIJARDY XR .....	29
<i>telmisartan</i> .....	49	<i>tobramycin sulfate</i> .....	104	<i>tri-legest fe</i> .....	117
<i>telmisartan-hctz</i> .....	49	<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>tri-linyah</i> .....	118
<i>temazepam</i> .....	25	.....	94	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	118
TEMIXYS.....	134	<i>tolterodine tartrate</i> .....	75	<i>tri-lo-marzia</i> .....	118
TENIVAC.....	90	<i>tolterodine tartrate er</i> .....	75	<i>tri-lo-mili</i> .....	118
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>topiramate</i> .....	123	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	118
.....	134	<i>toposar</i> .....	19	<i>trimethoprim</i> .....	104
TEPMETKO.....	19	<i>toremifene citrate</i> .....	19	<i>tri-mili</i> .....	118
<i>terazosin hcl</i> .....	75	<i>torpenz</i> .....	20	<i>trimipramine maleate</i> .....	127
<i>terbinafine hcl</i> .....	129	<i>torsemide</i> .....	53	TRINTELLIX .....	127
<i>terconazole</i> .....	103	TOUJEO MAX SOLOSTAR		<i>tri-nymyo</i> .....	118
TERIPARATIDE		.....	31	<i>tri-previfem</i> .....	118
(RECOMBINANT).....	57	TOUJEO SOLOSTAR.....	31	<i>tri-sprintec</i> .....	118
<i>testosterone</i> .....	76	TRADJENTA .....	29	TRIUMEQ .....	135
<i>testosterone cypionate</i> .....	76	<i>tramadol hcl</i> .....	102	TRIUMEQ PD .....	135
<i>testosterone enanthate</i> .....	76	<i>tramadol-acetaminophen</i>	102	<i>trivora (28)</i> .....	118
<i>tetrabenazine</i> .....	62	<i>trandolapril</i> .....	54	<i>tri-vylibra</i> .....	118
<i>tetracycline hcl</i> .....	111	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>		<i>tri-vylibra lo</i> .....	118
TEVIMBRA .....	19	.....	54	TRIZIVIR.....	135
THALOMID.....	97	<i>tranexamic acid</i> .....	139	TROGARZO .....	135
<i>theophylline</i> .....	66	<i>tranylcyromine sulfate</i> ...	127	<i>trospium chloride</i> .....	75
<i>theophylline er</i> .....	66	<i>travoprost (bak free)</i> .....	92	<i>trospium chloride er</i> .....	75
<i>thioridazine hcl</i> .....	43	TRAZIMERA.....	20	TRULICITY .....	29
<i>thiothixene</i> .....	43	<i>trazodone hcl</i> .....	127	TRUMENBA.....	90
<i>tiadylt er</i> .....	47	TRECTOR.....	130	TRUQAP .....	20
<i>tiagabine hcl</i> .....	123	TRELEGY ELLIPTA.....	66	TRUSELTIQ (100MG DAILY	
TIBSOVO .....	19	TRELSTAR MIXJECT.....	20	DOSE).....	20
TICE BCG .....	19	TREMFYA .....	86	TRUSELTIQ (125MG DAILY	
TICOVAC .....	90	TRESIBA .....	31	DOSE).....	20
TIGECYCLINE .....	111	TRESIBA FLEXTOUCH....	31	TRUSELTIQ (50MG DAILY	
<i>tilia fe</i> .....	117	<i>tretinoin</i> .....	20, 71	DOSE).....	20
<i>timolol maleate</i> .....	46, 92	<i>tri femynor</i> .....	117	TRUSELTIQ (75MG DAILY	
<i>tinidazole</i> .....	36	<i>triamcinolone acetonide</i> ...	67,	DOSE).....	20
<i>tiotropium bromide</i>		69, 78		TRUXIMA.....	20
<i>monohydrate</i> .....	66	<i>triamterene-hctz</i> .....	53	TUKYSA .....	20

TURALIO.....	20	VENCLEXTA STARTING		XARELTO STARTER PACK	
<i>turqoz</i> .....	118	PACK .....	21	.....	141
TWINRIX .....	90	<i>venlafaxine hcl</i> .....	127	XATMEP .....	22
TYBOST .....	97	<i>venlafaxine hcl er</i> .....	127	XCOPRI .....	124
TYMLOS.....	57	VEOZAH.....	97	XCOPRI (250 MG DAILY	
TYPHIM VI .....	90	<i>verapamil hcl</i> .....	48	DOSE).....	123
<b>U</b>		<i>verapamil hcl er</i> .....	47	XCOPRI (350 MG DAILY	
UBRELVY.....	34	VERQUVO.....	48	DOSE).....	124
ULTICARE INSULIN		VERSACLOZ.....	43	XDEMVI.....	94
SYRINGE.....	137	VERZENIO .....	21	XELJANZ.....	86
UPTRAVI.....	98	<i>vienva</i> .....	118	XELJANZ XR .....	86
UPTRAVI TITRATION.....	98	<i>vigabatrin</i> .....	123	XERMELO .....	74
<i>ursodiol</i> .....	73, 74	<i>vigadrone</i> .....	123	XGEVA .....	57
URSODIOL.....	73	<i>vigpoder</i> .....	123	XIFAXAN .....	105
UZEDY .....	43	<i>vilazodone hcl</i> .....	127	XIGDUO XR.....	29
<b>V</b>		<i>vinorelbine tartrate</i> .....	21	XIIDRA.....	95
<i>valacyclovir hcl</i> .....	137	<i>viorele</i> .....	118	XOLAIR.....	63
VALCHLOR.....	70	VIRACEPT.....	135	XOSPATA.....	22
<i>valganciclovir hcl</i> .....	137	VIREAD .....	135	XPOVIO (100 MG ONCE	
<i>valproate sodium</i> .....	123	VITRAKVI .....	21	WEEKLY).....	22
<i>valproic acid</i> .....	123	VIZIMPRO .....	21	XPOVIO (40 MG ONCE	
<i>valsartan</i> .....	49	VOCABRIA.....	135	WEEKLY).....	22
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>volnea</i> .....	118	XPOVIO (40 MG TWICE	
.....	49	VONJO .....	21	WEEKLY).....	22
VALTOCO 10 MG DOSE	123	VORANIGO .....	21	XPOVIO (60 MG ONCE	
VALTOCO 15 MG DOSE	123	<i>voriconazole</i> .....	130	WEEKLY).....	22
VALTOCO 20 MG DOSE	123	VORICONAZOLE .....	130	XPOVIO (60 MG TWICE	
VALTOCO 5 MG DOSE ..	123	VOSEVI .....	136	WEEKLY).....	22
<i>vancomycin hcl</i> .....	104, 105	VOWST .....	97	XPOVIO (80 MG ONCE	
VANCOMYCIN HCL.....	105	VRAYLAR.....	43	WEEKLY).....	22
VANFLYTA.....	20	VUMERITY .....	62	XPOVIO (80 MG TWICE	
VAQTA .....	90	<i>vylibra</i> .....	118	WEEKLY).....	22
<i>varenicline tartrate</i> .....	24	VYZULTA .....	92	XTANDI.....	22
VARENICLINE TARTRATE		<b>W</b>		<i>xulane</i> .....	118
.....	24	<i>warfarin sodium</i> .....	140	XULTOPHY .....	32
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	24	WELIREG .....	21	XYOSTED.....	76
VARIVAX.....	90	WINREVAIR .....	63	<b>Y</b>	
VAXCHORA .....	91	<i>wixela inhub</i> .....	65	YERVOY .....	22
VEGZELMA.....	21	<b>X</b>		YF-VAX.....	91
VELTASSA.....	74	XALKORI .....	21	YONSA .....	22
VEMLIDY.....	135	XARELTO.....	140, 141	<i>yuvafem</i> .....	77
VENCLEXTA.....	21				

<b>Z</b>		
<i>zafemy</i> .....	118	
<i>zafirlukast</i> .....	65	
<i>zaleplon</i> .....	58	
ZEGALOGUE .....	97	
ZEJULA.....	22, 23	
ZELBORAF .....	23	
<i>zenatane</i> .....	70	
ZENPEP .....	143	
<i>zidovudine</i> .....	135	
		<i>ziprasidone hcl</i> ..... 43
		<i>ziprasidone mesylate</i> ..... 44
		ZIRABEV .....
		ZIRGAN .....
		ZOLADEX.....
		ZOLINZA .....
		<i>zolpidem tartrate</i> .....
		<i>zolpidem tartrate er</i> .....
		ZONISADE .....
		<i>zonisamide</i> .....
		<i>zovia 1/35 (28)</i> .....
		ZTALMY.....
		ZTLIDO .....
		ZURZUVAE .....
		ZYDELIG .....
		ZYKADIA .....
		ZYLET.....
		ZYNLONTA.....
		ZYNYZ .....
		ZYPREXA RELPREVV .....



Este formulario se actualizó el **01/01/2025**. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con Astiva Health, Inc's departamento de Servicio al miembro al 1-866-688-9021. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00AM a 8:00PM, siete días a la semana de Octubre 1-Marzo 31, y 8:00AM a 8:00PM de Lunes-Viernes, excepto festivos importantes de Abril 1- Septiembre 30, o visite 8:00AM a 8:00PM [www.astivahealth.com](http://www.astivahealth.com)

H1993\_Formulary\_Sp\_2025\_C