

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS 1



2025

MCS | Classicare (HMO)

MCS Classicare

Formulario 2025

Lista de medicamentos cubiertos

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación del formulario aprobado por HPMS 25509, número de versión 10

Este formulario se actualizó el 10/01/2024. Para obtener la información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Classicare al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre., o visite www.mcsclassicare.com

Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por Vacunas -Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a nuestro Centro de Llamadas para más información.

Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por Insulina -Usted no pagará más de \$35 por un suplido de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no importa el nivel de costo compartido.

Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por los medicamentos Antivirales orales para el tratamiento del COVID-19 - Nuestro plan cubre la mayoría de los medicamentos antivirales orales para el tratamiento de COVID-19 de la Parte D sin costo para usted. Llame a nuestro Centro de Llamadas para más información.

Nota para los afiliados existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que utiliza.

Cuando esta lista de medicamentos (Formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a MCS Classicare. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare Metro (HMO).

Este documento incluye la Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente a partir de 1 de enero del 2025. Para obtener la Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), aparece en las páginas de portada y contraportada.

Generalmente, debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y periódicamente durante el año.

H5577_3230824_C

10/01/2024

¿Qué es el Formulario de MCS Classicare?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por MCS Classicare en consulta con un equipo de proveedores de la salud, que representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. MCS Classicare generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se presenta en una farmacia de la red de MCS Classicare y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cubierta de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nosotros podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com

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

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una nueva versión de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

Podemos realizar estos cambios inmediatos sólo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, agregando un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare Metro (HMO)?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?"

- **Medicamentos retirados del mercado:** Si la Administración de Drogas y Alimentos determina que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro o es retirado del mercado por el fabricante del medicamento, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios:** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que se encuentra actualmente en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto o ambas cosas después de agregar un medicamento correspondiente. Podemos realizar cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una recarga del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proveemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare Metro (HMO)? ”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento: En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario para 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta de 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, estos medicamentos continuarán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos por el resto del año de la cubierta. No recibirá notificación directa este año sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, dichos cambios lo podrían afectar el 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir del 1 de octubre de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por MCS Classicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de cambios en el formulario, no de mantenimiento a mitad de año, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro formulario impreso se actualizará la última semana del mes anterior, con efectividad al primer día del mes y se publicará en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una condición cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de en qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 123. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de la cubierta. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

MCS Classicare cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA aprueba un medicamento genérico por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos tienen un costo menor que los de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

- Para hablar sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, "La 'Lista de Medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

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

- **Autorización previa:** MCS Classicare exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de MCS Classicare antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que MCS Classicare no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad de medicamento que cubrirá MCS Classicare. Por ejemplo, MCS Classicare proporciona 30 tabletas por receta de JANUVIA®. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, MCS Classicare requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, es posible que MCS Classicare no cubra el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, MCS Classicare cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización y de terapia escalonada. También puede pedirnos 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 contraportada.

Puede pedirle a MCS Classicare que haga una excepción a estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su condición médica. Consulte la sección, "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare Metro (HMO)?" en la página V para obtener información sobre 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 nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que MCS Classicare no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede solicitar a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por MCS Classicare. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar cubierto por MCS Classicare.
- Puede solicitar que MCS Classicare haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare Metro (HMO)?

Puede pedirle a MCS Classicare que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitar.

- Puede solicitarnos 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 solicitarnos que le proveamos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede solicitarnos que no apliquemos una restricción de cobertura, como una autorización previa, una terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su

medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que este medicamento este incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, MCS Classicare solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo o las restricciones de utilidades adicionales no serían tan efectivos para tratar su condición y/o pudieran causarle algún efecto médico adverso.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicita una excepción al formulario, al nivel o a una restricción de utilización, debe presentarse una declaración de su médico o de la persona autorizada a emitir recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se concede su solicitud expedita, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido una declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?

Como afiliado 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 que está incluido en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte 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 afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en el formulario, o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice repeticiones por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan durante menos de 90 días.

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

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los medicamentos que son "medicamentos de la Parte D" y se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para comprar un medicamento que no pertenece a la Parte D en una farmacia fuera de la red, a menos que califique para el acceso fuera de la red. Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de una

institución de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suministro temporal de 30 días de medicamentos que no están en nuestro formulario o que tienen una restricción de utilización, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de MCS Classicare, revise su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre MCS Classicare, 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 en la contraportada.

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

Formulario MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS) y MCS Classicare Metro (HMO)

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por MCS Classicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar su medicamento en la lista consulte el Índice que comienza en la página 123.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, JANUVIA®), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y en itálico (por ejemplo, *metformin*).

La información incluida en la columna Requisitos/Límites indica si MCS Classicare tiene algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

Abreviaturas utilizadas en el formulario

(Consulte el Capítulo 5, Sección 4.2 "¿Qué tipos de restricciones?", de la Evidencia de Cubierta para saber qué restricciones se aplican a su cubierta específica.)

PA - Autorización previa.

QL - Límite de cantidad - Para ciertos medicamentos, MCS Classicare limita la cantidad de medicamento que cubrirá MCS Classicare. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

ST - Terapia escalonada

EXCL - Medicamento excluido. Este medicamento con receta normalmente no está cubierto por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus recetas, usted no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento. Estos medicamentos solo estarán disponibles para un suministro de hasta 30 días para cada despacho.

LA - Acceso limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Proveedores y Farmacias o llame a nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al 1- 866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.mcsclassicare.com.

FFQL - Límite de cantidad para el primer suministro. Para brindarle a usted y a su médico la oportunidad de evaluar adecuadamente la efectividad de un medicamento, solo el primer despacho de medicamentos recetados estará cubierto durante 30 días para algunos de los medicamentos disponibles para un suministro a largo plazo.

NeDS - Suministro no disponible para días extendidos. Los medicamentos identificados no estarán disponibles como suministro de días extendidos. Estos medicamentos solo estarán disponibles para un suministro de hasta 30 días para cada despacho.

MO - Pedido por correo. Brindamos cubierta para algunas recetas a través de la farmacia de pedidos por correo. Para más información, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente.

PA BvsD - Este medicamento recetado requiere autorización previa y puede estar cubierto por nuestra cubierta médica. Para más información, llame al Centro de Llamada de Servicio al Cliente al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre., o visite www.mcsclassicare.com.

MCS Classicare MA-PD Grupal (HMO-POS)

Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo estándar (90 días)
1	Genérico preferido	<p>Veá el Capítulo 6, “Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D” de la Evidencia de Cubierta para el costo compartido específico de su grupo.</p> <p>*Un suministro a largo plazo (60 y 90 días) no está disponible para medicamentos en el nivel 5.</p> <p>La orden por correo no está disponible para medicamentos en el nivel 5 - medicamentos especializados.</p>			
2	Genérico				
3	Marca preferida				
4	Marca no preferida				
5	Nivel especializado				
6	Drogas selectas para diabetes				

MCS Classicare Metro (HMO)					
Nivel	Descripción	Costo Compartido Al detal estándar (30 días)	Costo Compartido Al detal estándar (60 días)	Costo Compartido Al detal estándar (90 días)	Costo Compartido Orden por correo (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$5	\$10	\$15	\$10
4	Marca no preferida	\$15	\$30	\$45	\$30
5	Nivel especializado	33%	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	*Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.
6	Drogas selectas para diabetes	\$0	\$0	\$0	\$0

Lista de Medicamentos Cubiertos

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI CÁNCER			
AGENTES ANTI CÁNCER			
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Zytiga	5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Zytiga	5	PA; QL (60 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG		5	PA
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Arimidex	1	MO
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	5	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	5	PA
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	1	NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG		2	PA-BvsD; NEDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG		2	PA-BvsD; NEDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG		5	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 90 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG		4	PA; QL (1 per 120 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG		4	PA; QL (1 per 180 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG		4	PA; QL (1 per 30 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG		5	PA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Tarceva	5	PA
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>		5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Aromasin	2	MO
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL		5	PA; QL (2 per 28 days)
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		4	PA; QL (1 per 28 days)
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG		5	PA
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	5	PA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG		4	PA
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Hydrea	1	NEDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Gleevec	5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Gleevec	5	PA; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; QL (216 per 27 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML		4	PA-BvsD
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		5	PA
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Revlimid	5	PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Femara	1	MO
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG		2	PA; QL (1 per 90 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		2	PA; NEDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	PA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA; QL (1 per 120 days)
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA; QL (1 per 180 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (150 per 30 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	PA; HRM; NEDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		5	PA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	NEDS
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		1	PA-BvsD; NEDS
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		1	PA-BvsD; NEDS
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>		2	NEDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nilandron	5	QL (60 per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML		5	PA; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)		5	PA; QL (24 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Votrient	5	PA; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	PA
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG		5	PA
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	5	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 140 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	5	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		5	PA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG		4	PA; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG		4	PA; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG		4	PA; QL (1 per 28 days)
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		3	PA; NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG		5	PA; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS			
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS			
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		2	MO
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Suboxone	2	QL (60 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MO
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		1	NEDS
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	Narcan	2	NEDS
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		1	NEDS
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		4	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		4	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>		3	QL (53 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>		3	QL (56 per 28 days); NEDS
VARENICLINE TARTRATE ORAL TABLET 1 MG		3	QL (56 per 28 days); NEDS
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	Chantix	3	QL (56 per 28 days); NEDS
AGENTES ANTIANSIEDAD			
BENZODIACEPINAS			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Xanax	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	Xanax	1	PA; HRM; QL (150 per 30 days); NEDS
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	KlonoPIN	1	PA; HRM; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	KlonoPIN	1	PA; HRM; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>		2	PA; HRM; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>		2	PA; HRM; QL (300 per 30 days); NEDS
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>		2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	PA; HRM; QL (240 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; QL (1200 per 30 days); NEDS
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Valium	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Ativan	1	PA; HRM; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		2	NEDS
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml</i>		1	NEDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Restoril	2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS

AGENTES

ANTICOLINÉRGICOS

ANTIMUSCARÍNICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	Librax	2	PA; HRM; NEDS
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	Cuvposa	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIDEMENCIA			
AGENTES ANTIDEMENCIA			
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Aricept	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	Aricept	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>		2	PA; MO; HRM
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	Namenda XR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 7 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	Namenda Titration Pak	2	QL (49 per 28 days); NEDS
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	Exelon	2	MO; QL (30 per 30 days)
AGENTES ANTIDIABETICO			
AGENTES ANTIDIABETICOS, VARIOS			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3.4 per 28 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	Riomet	2	MO; QL (765 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Korlym	5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 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; FFQL; QL (2 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML		3	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		2	MO; QL (90 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; FFQL; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		3	PA; MO; FFQL; QL (6 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Actos	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Duetact	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i>	Actoplus Met	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		2	MO; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG		3	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (10.8 per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		3	MO; FFQL; QL (60 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; FFQL; QL (4 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5- 1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
INSULINAS			
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 200 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50- 50) 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75- 25) 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 500 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo Max SoloStar	6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	Lantus SoloStar	6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	Toujeo SoloStar	6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin glargine subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	Lantus	6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG KwikPen	6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
<i>insulin lispro injection solution 100 unit/ml</i>	HumaLOG	6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	HumaLOG Junior KwikPen	6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector (75-25) 100 unit/ml</i>	HumaLOG Mix 75/25 KwikPen	6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		6	ST; MO; FFQL; QL (45 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		6	MO; FFQL; QL (40 per 30 days)
SULFONILUREAS			
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	Glucotrol XL	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>		1	MO
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		2	MO
AGENTES ANTIGOTA			
AGENTES ANTIGOTA, OTROS			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	Mitigare	2	NEDS
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>		2	NEDS
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Uloric	2	PA; MO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	Migranal	5	QL (24 per 28 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Relpax	2	QL (12 per 30 days); NEDS
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>		2	QL (40 per 28 days); NEDS
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	Maxalt	2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	Maxalt-MLT	2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Imitrex	1	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		2	QL (8 per 30 days); NEDS
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 per 30 days); NEDS
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Zomig	2	NEDS
AGENTES ANTINAUSEA			
AGENTES ANTINAUSEA			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		5	PA-BvsD; QL (8 per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (8 per 30 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	Emend Tri-Pack	2	PA-BvsD; QL (12 per 30 days); NEDS
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Emend	2	PA-BvsD; QL (8 per 30 days); NEDS
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Marinol	2	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		1	NEDS
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	Dramamine	1	NEDS
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		2	PA-BvsD; QL (450 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>		2	PA-BvsD; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Compro	2	NEDS
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	PA; HRM; NEDS
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	4	PA; HRM
<i>promethegan rectal suppository 25 mg</i>	Promethegan	4	PA; HRM
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	Transderm-Scop	2	NEDS
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIPARASITARIOS			
AGENTES ANTIPARASITARIOS			
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		5	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Mepron	2	NEDS
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Malarone	2	NEDS
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Plaquenil	2	MO
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i>	Sovuna	2	MO
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Stromectol	2	PA; NEDS
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>		2	QL (6 per 30 days); NEDS
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	Nebupent	4	PA-BvsD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	Pentam	4	PA-BvsD
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Biltricide	2	NEDS
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG		4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Daraprim	5	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Qualaquin	2	PA; NEDS
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
AGENTES ANTIPARKINSON			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIPARKINSON			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		2	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	PA; MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	Parlodel	2	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	Parlodel	2	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		2	NEDS
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Lodosyn	2	MO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	Sinemet	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>	Dhivy	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		2	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>		2	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>		2	MO
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	MO; FFQL
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		1	MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Azilect	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		1	MO
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (360 per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (270 per 30 days)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		2	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		2	PA; MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		1	PA; MO; HRM
AGENTES ANTIPSICÓTICOS			
AGENTES ANTIPSICÓTICOS			
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML		5	PA-BvsD; QL (2.4 per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML		5	PA-BvsD; QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	MO; QL (750 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Abilify	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Abilify	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>		5	QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Saphris	4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<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>		2	MO
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Clozaril	2	QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 200 mg, 25 mg</i>	Clozaril	2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	Clozaril	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>		2	QL (270 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg</i>		2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		2	NEDS
<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>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	Haldol Decanoate	2	NEDS
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		1	MO
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		5	PA; QL (7 per 365 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		5	PA; QL (10 per 365 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 per 30 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (1 per 30 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		5	PA; QL (0.88 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		5	PA; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; QL (1.75 per 90 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		5	PA; QL (2.63 per 90 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Latuda	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	Latuda	2	MO; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>		2	MO
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>		5	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZyPREXA	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZyPREXA	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZyPREXA Zydis	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 9 mg</i>	Invega	4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	Invega	4	MO; FFQL; QL (60 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	PA-BvsD; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<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; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG		4	PA-BvsD; QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG		5	PA-BvsD; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RisperDAL	2	MO; QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RisperDAL	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 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
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Geodon	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	Geodon	2	PA-BvsD; QL (60 per 30 days); NEDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG		4	QL (2 per 28 days)
AGENTES CALÓRICOS			
AGENTES CALÓRICOS			
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA-BvsD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA-BvsD
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA-BvsD
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		3	PA-BvsD; NEDS
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		4	PA-BvsD
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA-BvsD
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA-BvsD
AGENTES CARDIOVASCULARES			
AGENTES ALFA-ADRENÉRGICOS			
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		1	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-1	2	MO; QL (4 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-2	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Catapres-TTS-3	2	MO; QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Cardura	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Northera	5	PA
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	NEDS
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MO
AGENTES ANTIARRITMICOS			
<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
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		2	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		1	MO
AGENTES BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS			
<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
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	Tenoretic 100	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	Tenoretic 50	1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>		1	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Coreg	1	MO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Coreg CR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Toprol XL	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Toprol XL	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Lopressor	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		1	MO
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		2	MO
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Corgard	2	MO
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>		2	MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Bystolic	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Bystolic	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Inderal LA	2	MO
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace AF	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Betapace	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>		1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		1	MO
AGENTES BLOQUEADORES DA CANAL DE CALCIO			
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	Cartia XT	2	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadytl 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	2	MO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		2	MO
<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>tiadytl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MO
<i>tiadytl er oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	Tiadytl ER	2	MO
VERAPAMIL HCL ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG		2	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Verelan	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES, VARIOS			
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		4	PA; MO; FFQL; QL (450 per 30 days)
DIGOXIN ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; HRM; QL (255 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Digox	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Digox	1	PA; MO; HRM; QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	Lanoxin	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EpiPen Jr 2-Pak	2	QL (2 per 30 days); NEDS
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	Auvi-Q	2	QL (2 per 30 days); NEDS
<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; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Corlanor	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Demser	5	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Atacand	1	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Atacand HCT	1	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG		3	MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Avapro	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Avalide	1	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Cozaar	1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Hyzaar	1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Benicar	1	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Benicar HCT	1	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	2	MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Micardis	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>		1	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Micardis HCT	1	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Diovan	1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<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	1	MO
DIHIDROPIRIDINAS			
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Lotrel	1	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		1	MO
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Norvasc	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Exforge	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Azor	1	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		2	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Procardia XL	1	MO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	Sular	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 40 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
DISLIPIDÉMICOS			
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	Caduet	2	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Lipitor	1	MO
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Prevalite	2	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Questran	2	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	Welchol	2	MO
<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	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	Vytorin	1	MO
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Tricor	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	Trilipix	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	Lescol XL	1	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Lopid	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	Vascepa	3	MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	Vascepa	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Lovaza	2	MO; QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Livalo	2	ST; MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MO
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	Prevalite	3	MO; FFQL
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3.5 per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		3	PA; MO; FFQL; QL (3 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Crestor	1	MO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Zocor	1	MO
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		1	MO
DIURÉTICOS			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		1	MO
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	Bumex	2	MO
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		1	NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<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>		2	MO
<i>torse mide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>torse mide oral tablet 20 mg</i>	Soanz	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
INHIBIDORES DE ENZIMA CONVERTIDORAS DE ANGIOTENSINA			
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Lotensin	1	MO
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Lotensin HCT	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Vasotec	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Vaseretic	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Zestril	1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Zestoretic	1	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Accupril	1	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Altace	1	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>		1	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>		1	MO
INHIBIDORES DEL SISTEMA DE RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA			
<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		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VASODILATADORES			
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		2	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	Isordil Titradoso	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>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		1	MO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		4	MO; FFQL
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		3	MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nitrostat	2	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
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	Nitrolingual	2	MO

AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

<i>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	Lotronex	2	PA; MO
<i>alose tron hcl oral tablet 1 mg</i>	Lotronex	5	PA
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	Colazal	2	NEDS
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Uceris	5	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		4	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Cortenema	2	NEDS
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	Apriso	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	Pentasa	2	MO
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	Delzicol	2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	Lialda	2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>		2	NEDS
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		4	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	Canasa	2	NEDS
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Azulfidine	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	Azulfidine EN-tabs	2	MO

AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA			
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>		2	MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	Fosamax	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Rocaltrol	2	PA-BvsD; MO
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Rocaltrol	2	PA-BvsD; MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	Sensipar	3	PA-BvsD; MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	Sensipar	3	PA-BvsD; MO; FFQL; QL (150 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Sensipar	5	PA-BvsD; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		2	MO; QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	Zemplar	2	PA-BvsD; MO
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		2	PA-BvsD; MO
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Actonel	2	MO; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg</i>		2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg (12 pack)</i>	Actonel	2	MO; QL (12 per 84 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg, 35 mg (4 pack)</i>	Actonel	2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	Atelvia	2	MO; QL (4 per 28 days)
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML		5	PA; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 per 28 days)
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO			
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO			
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nuvigil	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Silenor	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Lunesta	2	NEDS
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Provigil	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Rozerem	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Xyrem	5	PA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Ambien	2	PA; HRM; QL (30 per 30 days); NEDS
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<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 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	Strattera	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Strattera	2	MO; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		5	PA; QL (42 per 28 days)
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour 0.1 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Ampyra	3	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML		5	PA; QL (3600 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Focalin	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Zenzedi	2	MO
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg, 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		5	PA
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Copaxone	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	2	PA; MO; HRM
JOENJA ORAL TABLET 70 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	Lithobid	1	MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 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
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		5	PA; QL (210 per 30 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG		5	PA; QL (210 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG		4	PA; QL (210 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 54 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Ritalin	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>		2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>		2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	QL (55 per 28 days); NEDS
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Xenazine	5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Xenazine	5	PA; QL (120 per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO			
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO, OTROS			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA-BvsD; NEDS
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG		5	PA
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA-BvsD; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML		5	PA
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG		5	PA
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Esbriet	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Esbriet	5	PA
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		5	PA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML		5	PA-BvsD
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Daliresp	2	MO; QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG		5	PA; QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 80-40-60 & 59.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML		5	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOESTEROIDES INHALADOS			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (1 per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (26 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	Pulmicort	2	PA-BvsD; MO
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	Breyna	2	MO; QL (11 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 220 mcg/act</i>		2	MO; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		2	MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
ANTILEUCOTRINOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	Singulair	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Singulair	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Singulair	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Accolate	2	MO; QL (60 per 30 days)
BRONCODILADORES			
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	Proventil HFA	2	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	Proventil HFA	2	MO; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	Proventil HFA	2	MO; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (360 per 25 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>		1	PA-BvsD; MO; QL (100 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	MO
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		4	MO; FFQL; QL (26 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		4	MO; FFQL; QL (4 per 20 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (252 per 25 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA-BvsD; MO; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	Xopenex HFA	2	MO; QL (30 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (4 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>		2	MO
<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 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES			
AGENTES DENTALES Y ORALES			
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Evoxac	2	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	Periogard	1	NEDS
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Salagen	2	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	Kourzeq	2	NEDS

AGENTES DERMATOLÓGICOS

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS DERMATOLÓGICOS

<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		1	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Diprolene	2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	Clobex	2	NEDS
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Clobex	2	NEDS
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DesOwen	2	NEDS
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	2	NEDS
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	Topicort	2	NEDS
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	Topicort	2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Synalar	2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	Synalar	2	NEDS
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Derma-Smooth/FS Scalp	2	NEDS
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	NEDS
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	1	NEDS
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	Analpram-HC	2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Aveeno Anti-Itch Max St	1	NEDS
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Aquaphor Itch Relief Children	1	NEDS
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	NEDS
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	NEDS
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		1	NEDS
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		1	NEDS
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		1	NEDS
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	Elidel	2	ST; NEDS
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	Procto-Med HC	2	NEDS
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>		2	ST; NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i>	Triderm	2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %</i>		2	NEDS
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.1 %</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		1	NEDS
AGENTES DERMATOLÓGICOS, OTROS			
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	2	NEDS
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		2	PA; NEDS
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	Zovirax	2	NEDS
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		2	NEDS
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	2	NEDS
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	Calcitrene	2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	4	
<i>claravis oral capsule 30 mg</i>	Zenatane	4	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	Efudex	2	NEDS
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	NEDS
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		5	PA
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	2	NEDS
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>	Zenatane	2	NEDS
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	NEDS
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Accutane	2	NEDS
<i>zenatane oral capsule 30 mg</i>	Zenatane	2	NEDS
ANTIBACTERIANOS DERMATOLÓGICOS			
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	Clindagel	2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	Cleocin-T	2	NEDS
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	Clindacin ETZ	2	NEDS
ERY EXTERNAL PAD 2 %		2	NEDS
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	Erygel	2	NEDS
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	MetroCream	2	NEDS
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>		2	NEDS
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	Metrogel	2	NEDS
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	MetroLotion	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		1	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>		2	QL (352 per 30 days); NEDS
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		1	NEDS
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SSD	2	NEDS
<i>ssd external cream 1 %</i>	SSD	2	NEDS
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Klaron	2	NEDS
ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS			
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Ovide	2	NEDS
<i>permethrin external cream 5 %</i>		2	NEDS
RETINOIDES DERMATOLÓGICOS			
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	Differin	2	PA; NEDS
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	Differin	2	PA; NEDS
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	Tazorac	2	PA; NEDS
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tazorac	2	PA; QL (100 per 30 days); NEDS
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Retin-A	2	PA; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Retin-A	2	PA; NEDS
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	Atralin	2	PA; NEDS
AGENTES GASTROINTESTINALES			
AGENTES ANTIÚLCERAS Y SUPRESORES DE ÁCIDOS			
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Tagamet HB	2	NEDS
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	MO
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	Dexilant	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	GoodSense Esomeprazole	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NexIUM	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		2	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	MM Acid-Pep Maximum Strength	1	MO
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Pepcid	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	Prevacid 24HR	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	Prevacid	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Cytotec	2	MO
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Protonix	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	Carafate	4	MO; FFQL
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Carafate	1	MO
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS			
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule 140-125-125 mg</i>	Pylera	2	NEDS
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	5	PA
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Gastrocrom	2	MO
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		2	NEDS
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Lomotil	2	NEDS
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	Robinul	2	NEDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	Robinul-Forte	2	NEDS
<i>kionex oral suspension 15 gm/60ml</i>		2	NEDS
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		4	MO; FFQL
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Imodium A-D	2	NEDS
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Amitiza	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		1	NEDS
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Reglan	1	NEDS
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days); NEDS
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	NEDS
<i>sps oral suspension 15 gm/60ml</i>		2	NEDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		2	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>		2	MO
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	Urso Forte	2	MO
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
LAXANTES			
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	2	NEDS
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	2	NEDS
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	Suprep Bowel Prep Kit	2	NEDS
<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	4	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	GaviLyte-N with Flavor Pack	2	NEDS
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GaviLyte-G	2	NEDS
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG		4	

AGENTES GENITOURINARIOS

AGENTES GENITOURINARIOS, VARIOS

<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Uroxatral	1	MO; QL (30 per 30 days)
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		4	PA; MO; FFQL
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Avodart	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Proscar	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Rapaflo	2	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	Flomax	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML		3	MO; FFQL; QL (300 per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>		1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	Detrol LA	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Detrol	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/ MODIFICADOR			
AGENTES TIROIDEOS Y ANTITIROIDEOS			
<i>euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Euthyrox	1	MO
<i>levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Euthyrox	1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>levo-t oral tablet 300 mcg</i>	Levo-T	1	MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Euthyrox	1	MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>	Levo-T	1	MO
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Euthyrox	1	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Cytomel	2	MO
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MO
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MO; FFQL
<i>unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Euthyrox	2	MO
<i>unithroid oral tablet 300 mcg</i>	Levo-T	2	MO
ANDRÓGENOS			
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Depo-Testosterone	2	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>		2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	Vogelxo Pump	2	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	AndroGel Pump	2	PA; MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>		2	PA; MO; QL (75 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	Testim	2	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution 30 mg/act</i>		2	PA; MO
ESTRÓGENOS Y ANTIESTRÓGENOS			
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	MO; FFQL
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Estrace	1	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	Alora	2	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i>	Dotti	2	MO
<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	MO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	Estrace	2	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvafem	2	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>		2	MO
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i>	Activella	2	MO
<i>fyavolv oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG		4	MO; FFQL
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	Fyavolv	2	MO
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	MO; FFQL
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	MO; FFQL

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG		3	MO; FFQL
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	MO; FFQL
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvaferm	2	MO
GLUCOCORTICOIDES/MINERALOCORTICOIDES			
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	NEDS
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Cortef	2	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Medrol	2	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	NEDS
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Medrol	2	NEDS
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	Pediapred	2	NEDS
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	NEDS
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	NEDS
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>		2	NEDS
PITUITARIO			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		2	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	2	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; QL (1 per 90 days)
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA; QL (1 per 180 days)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	2	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	5	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; QL (60 per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
PROGESTINAS			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML		3	QL (0.65 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	2	QL (1 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Depo-Provera	2	QL (1 per 90 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; HRM; NEDS
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		2	PA; MO; HRM
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Gallifrey	2	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Prometrium	2	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
AGENTES INMUNOLÓGICOS			
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	5	PA; QL (2 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; QL (2 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; QL (6 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	5	PA; QL (6 per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	5	PA; QL (4 per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	2	PA-BvsD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG		5	PA; QL (4 per 28 days)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Gengraf	2	PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		2	PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Gengraf	2	PA-BvsD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SandIMMUNE	2	PA-BvsD; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days)
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Zortress	5	PA-BvsD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA-BvsD
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA-BvsD
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA-BvsD
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA-BvsD
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Arava	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CellCept	2	PA-BvsD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CellCept	5	PA-BvsD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CellCept	2	PA-BvsD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Myfortic	2	PA-BvsD; MO
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 87.5 MG/0.7ML		5	PA; QL (3 per 28 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG		5	PA; QL (55 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Rapamune	5	PA-BvsD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Rapamune	2	PA-BvsD; MO
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML		5	PA; QL (3 per 84 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (3 per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML		5	PA; QL (1.2 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (3 per 84 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days)
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Prograf	2	PA-BvsD; MO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (300 per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
VACUNAS			
ABRYOVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		1	NEDS
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		1	NEDS
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		1	NEDS
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		1	NEDS
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML		1	NEDS
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		1	PA-BvsD; NEDS
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		1	PA-BvsD; NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	NEDS
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	NEDS
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		1	NEDS
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		1	NEDS
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		1	PA-BvsD; NEDS
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		1	NEDS
IPOL INJECTION INJECTABLE		1	NEDS
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		1	NEDS
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML		1	NEDS
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION		1	NEDS
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION		1	NEDS
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		1	NEDS
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML		1	NEDS
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	NEDS
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		1	NEDS
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML		1	PA-BvsD; NEDS
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)		1	NEDS
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		1	NEDS
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		1	PA-BvsD; NEDS
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		1	PA-BvsD; NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION		1	NEDS
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS
ROTATEQ ORAL SOLUTION		1	NEDS
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		1	NEDS
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		1	NEDS
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		1	NEDS
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		1	NEDS
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		1	NEDS
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		1	NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		1	NEDS
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		1	NEDS
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		1	NEDS
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		1	NEDS
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		1	NEDS
AGENTES OFTÁLMICOS			
AGENTES ANTIGLAUCOMA			
<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
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MO; FFQL
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MO; QL (5 per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Alphagan P	3	MO; FFQL
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 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	2	MO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	Azopt	2	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>		2	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt	2	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	Cosopt PF	2	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Xalatan	1	MO; QL (2.5 per 20 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		1	MO
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MO; FFQL; QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		2	MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		4	MO; FFQL
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %		4	MO; FFQL
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MO; FFQL
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>		2	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>		1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	Travatan Z	2	MO; QL (2.5 per 25 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA			
AGENTES ANTIINFECCIOSOS DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	NEDS
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		2	NEDS
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	Polycin	2	NEDS
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	Neo-Polycin HC	2	NEDS
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>		2	NEDS
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	NEDS
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>		2	NEDS
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	NEDS
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Vigamox	2	NEDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	Neo-Polycin	2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Maxitrol	2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	NEDS
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	NEDS
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Ocuflox	2	NEDS
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		2	NEDS
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>		1	NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		1	NEDS
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		2	NEDS
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	NEDS
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	QL (20 per 30 days); NEDS
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>		2	NEDS
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	PA
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA			
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>		2	NEDS
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Restasis	3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	NEDS
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Durezol	2	NEDS
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		2	QL (50 per 25 days); NEDS
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	DermOtic	2	NEDS
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML Liquifilm	2	NEDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	NEDS
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	ClariSpray	1	QL (16 per 30 days); NEDS
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Acular LS	2	NEDS
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Acular	2	QL (10 per 25 days); NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	Lotemax	2	NEDS
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	Lotemax	2	NEDS
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	Nasonex 24HR	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Pred Forte	2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	NEDS
RESTASIS MULTIDOSE OPTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MO; FFQL
RESTASIS OPTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MO; FFQL
XIIDRA OPTHALMIC SOLUTION 5 %		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
AGENTES DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA, VARIOS			
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	NEDS
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>		2	MO
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		2	QL (30 per 25 days); NEDS
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</i>	Dymista	2	QL (23 per 30 days); NEDS
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	NEDS
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	NEDS
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS			
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML		5	PA
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		3	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	NEDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Proglycem	5	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		4	
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML		5	PA
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		3	NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i>	Vistaril	2	PA; HRM; NEDS
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	NEDS
<i>levocarnitine (dietary) oral solution 1 gm/10ml</i>	Acticarnitine SF	2	NEDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	Carnitor	2	MO
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Carnitor	2	MO
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	Endari	2	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	Rectiv	2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Mestinon	2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Mestinon	2	NEDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 128 MG/0.8ML		5	PA; QL (0.8 per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML		5	PA; QL (1 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VIJOICE ORAL PACKET 50 MG		5	PA
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG		5	PA
VOWST ORAL CAPSULE		5	PA; QL (12 per 30 days)

AGENTES VASODILATADORES

AGENTES VASODILATADORES

ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; QL (90 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Letairis	5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
OPSYNVI ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Viagra	2	EXCL; QL (7 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Revatio	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	Cialis	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>varденаfil hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	EXCL; QL (7 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANALGÉSICOS			
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	CeleBREX	2	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	Flector	2	PA; NEDS
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	MO
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		1	MO
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>		2	QL (1000 per 30 days); NEDS
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>		2	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	Arthrotec	2	MO
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	MO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		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>		2	MO
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Childrens Advil	1	NEDS
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	MO
<i>indomethacin er oral capsule extended release 75 mg</i>		2	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
KETOPROFEN ORAL CAPSULE 25 MG		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>		2	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>		2	QL (20 per 5 days); NEDS
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	MO
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	EC-Naprosyn	1	MO
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	Naprosyn	2	MO
<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>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		2	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	Anaprox DS	2	MO
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Daypro	2	MO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>		2	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		1	MO
ANALGÉSICOS, VARIOS			
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		2	QL (4500 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		2	QL (390 per 30 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>		2	QL (42 per 7 days); NEDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>		2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	Bac	2	PA; HRM; QL (180 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		1	QL (720 per 30 days); NEDS
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		1	QL (360 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 60 MG		1	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>		5	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>		4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet 800 mcg</i>	Fentora	5	PA; QL (120 per 30 days)
<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 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	QL (3600 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	QL (150 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	Dilaudid	2	QL (960 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	Dilaudid	2	QL (480 per 30 days); NEDS
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	Dilaudid	2	QL (21 per 7 days); NEDS
METHADONE HCL ORAL SOLUTION 5 MG/5ML		2	QL (3600 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>		2	QL (42 per 7 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg</i>	MS Contin	2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS Contin	2	QL (180 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		2	QL (2700 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML		2	QL (1350 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG		2	QL (360 per 30 days); NEDS
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG		2	QL (180 per 30 days); NEDS
OXYCODONE HCL ER ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 20 MG		4	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		2	QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg</i>		2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	Roxicodone	2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>		2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	Roxicodone	2	QL (14 per 7 days); NEDS
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>		2	QL (720 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Endocet	2	QL (180 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (360 per 30 days); NEDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Endocet	2	QL (240 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>		2	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>		2	QL (240 per 30 days); NEDS
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		2	QL (56 per 7 days); NEDS

ANESTÉSICOS

ANESTESIA LOCAL

<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		2	PA; QL (50 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Lidocan	2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	PA; NEDS
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		2	NEDS
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		2	QL (30 per 30 days); NEDS

ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS

ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS

<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	Exjade	2	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	Exjade	5	PA
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	Ferriprox	5	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	5	PA
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	5	PA
<i>trientine hcl oral capsule 500 mg</i>		5	PA

ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)			
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Cleocin	2	NEDS
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Vandazole	2	NEDS
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		2	NEDS
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		2	NEDS
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		4	
ANTIBACTERIANOS			
AMINOGLICÓSIDOS			
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		2	NEDS
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML		5	PA
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		2	NEDS
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		1	NEDS
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	NEDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		2	NEDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG		5	PA; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Kitabis Pak	5	PA-BvsD; QL (280 per 56 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML		5	
ANTIBACTERIALES, MISCELÁNEOS			
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Cleocin	1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Cleocin	2	NEDS
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		2	NEDS
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/50ML		2	NEDS
<i>clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml</i>	Cleocin Phosphate	2	PA-BvsD; NEDS
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	Coly-Mycin M	2	PA-BvsD; NEDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG		5	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		5	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>		2	NEDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	Zyvox	2	PA; NEDS
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Zyvox	5	PA; QL (1800 per 30 days)
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Zyvox	2	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Hiprex	2	NEDS
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Macrochantin	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Macrobid	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		1	NEDS
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm</i>		2	NEDS
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	Vancocin	2	QL (300 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	Vancocin	2	QL (170 per 30 days); NEDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		4	
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	
ANTIBIÓTICOS B-LACTAM MISCELÁNEOS			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Azactam	2	NEDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		2	NEDS
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Primaxin IV	2	NEDS
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		2	NEDS
CEFALOSPORINAS			
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		1	NEDS
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		2	NEDS
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		2	NEDS
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	NEDS
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>		2	NEDS
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		1	NEDS
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	NEDS
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tazicef	2	NEDS
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		2	NEDS
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	Tazicef	2	NEDS
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	NEDS
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA-BvsD
MACRÓLIDOS			
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Zithromax	2	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	Zithromax	2	NEDS
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Zithromax	2	NEDS
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	Zithromax	1	NEDS
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		2	NEDS
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		2	NEDS
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		2	NEDS
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	2	NEDS
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Ery-Tab	2	NEDS
PENICILINAS			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		1	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	Augmentin ES-600	2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>		2	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	Augmentin	2	NEDS
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 400-57 mg</i>		2	NEDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	NEDS
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	Unasyn	2	NEDS
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	Unasyn	2	NEDS
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML		4	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML		4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	NEDS
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	NEDS
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	Pfizerpen	4	PA-BvsD
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		4	PA-BvsD
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<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</i>		2	NEDS
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 40.5 (36-4.5) gm</i>		1	NEDS
QUINOLONAS			
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Cipro	1	NEDS
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>		1	NEDS
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		2	NEDS
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>		2	NEDS
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML		2	NEDS
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>		2	NEDS
<i>ofloxacin oral tablet 400 mg</i>		2	NEDS
SULFONAMIDAS			
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		2	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Sulfatrim Pediatric	2	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	Bactrim	1	NEDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	Bactrim DS	1	NEDS
TETRACICLINAS			
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	Vibramycin	2	NEDS
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>		2	NEDS
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	Mondoxyne NL	1	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>		1	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	NEDS
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	NEDS
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	NEDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	NEDS
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA-BvsD
ANTICONCEPTIVOS			
ANTICONCEPTIVOS			
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>balziva oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Balziva	2	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Balziva	2	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Cyred EQ	2	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Cyred EQ	2	MO
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>		2	MO
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Cyred EQ	2	MO
<i>jasmiel oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MO
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG		4	
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>		2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Altavera	2	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY		3	NEDS
<i>loryna oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MO
<i>lutera oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY		4	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG		3	NEDS
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MO
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
<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	2	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>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		1	MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>		2	MO
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Cyred EQ	2	MO
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	Camila	2	MO
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG		4	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tilia Fe	1	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	Tilia Fe	1	MO
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>		2	MO
<i>vestura oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	MO
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Balziva	2	MO
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	Xulane	2	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		1	MO

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS

APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA
<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>	Epitol	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MO
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Onfi	2	PA; MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Onfi	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		5	PA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg</i>		4	
<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	1	MO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		3	MO; FFQL
<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
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA; MO; FFQL
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	Neurontin	2	MO; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Neurontin	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Vimpat	2	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Vimpat	2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LaMICtal XR	2	MO
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	LaMICtal ODT	2	NEDS
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LaMICtal	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>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LaMICtal Starter	2	NEDS
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Keppra XR	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Keppra XR	2	MO; QL (120 per 30 days)
<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	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Celontin	2	MO
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Trileptal	2	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Trileptal	2	MO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<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	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Dilantin	2	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>pregabalin oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Lyrica	2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 150 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Lyrica	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Lyrica	2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>		1	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Mysoline	1	MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Banzel	5	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Banzel	2	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Banzel	5	PA; QL (240 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG		4	MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA; MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Qudexy XR	3	MO; FFQL
<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>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		4	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		4	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		5	PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		4	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Vigpoder	5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	Vigpoder	5	PA; QL (180 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	PA; QL (28 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MO; FFQL
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Zonegran	2	MO
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	MO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA; QL (1100 per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS			
ANTIDEPRESIVOS			
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG		5	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Wellbutrin SR	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Wellbutrin XL	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Wellbutrin XL	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	Forfivo XL	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>		1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>		2	PA; MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MO; QL (600 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (45 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	CeleXA	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Anafranil	2	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Norpramin	2	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	Pristiq	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Pristiq	2	MO; QL (60 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>		2	MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Cymbalta	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	PA; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		2	MO; QL (600 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Lexapro	1	MO; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		3	ST; QL (28 per 28 days); NEDS
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	PROzac	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	PROzac	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		2	MO; QL (4 per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	MO; QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MO; FFQL
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Remeron	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Remeron SolTab	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Pamelor	2	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MO
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	Symbyax	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	Paxil CR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</i>	Paxil CR	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	Paxil	2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Paxil	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	Paxil	1	MO; QL (30 per 30 days)
<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>		2	MO
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Zoloft	2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	Zoloft	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Zoloft	1	MO; QL (45 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Parnate	2	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>		2	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
VENLAFAXINE BESYLATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 112.5 MG		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg</i>	Effexor XR	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	Effexor XR	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>		2	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	VIIIbryd	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA; QL (14 per 14 days)

ANTIFÚNGICOS

ANTIFÚNGICOS

<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	AmBisome	5	PA-BvsD
<i>casposfungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	Cancidas	2	NEDS
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>		2	NEDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	Ciclodan	2	NEDS
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>		1	NEDS
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Desenex	1	NEDS
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		2	NEDS
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>		2	NEDS
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		2	QL (255 per 30 days); NEDS
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>		2	NEDS
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Diflucan	2	NEDS
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Diflucan	2	NEDS
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>		2	NEDS
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Ancobon	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	NEDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	NEDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Sporanox	2	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		2	QL (600 per 30 days); NEDS
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		1	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	NEDS
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG		2	NEDS
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		1	NEDS
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		1	NEDS
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Klayesta	2	NEDS
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		2	NEDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		2	NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	NEDS
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	NEDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	Noxafil	5	PA; QL (93 per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	QL (120 per 30 days); NEDS
VORICONAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	5	PA; QL (300 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	Vfend	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	Vfend	4	PA; QL (120 per 30 days)

ANTIHIISTAMÍNICOS

ANTIHIISTAMÍNICOS

<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	KLS Aller-Tec Childrens	1	NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		2	NEDS
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Clarinx	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Xyzal Allergy 24HR Childrens	2	QL (300 per 30 days); NEDS
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Xyzal Allergy 24HR	1	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>		2	PA; HRM; NEDS
ANTIMICOBACTERIALES			
ANTIMICOBACTERIALES			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		2	MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>		2	NEDS
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	MO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		2	NEDS
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Mycobutin	4	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	Rifadin	2	NEDS
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	NEDS
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		4	
ANTIVIRALES (SITÉMICO)			
ANTIRRETROVIRALES			
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Ziagen	2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Epzicom	2	MO; QL (30 per 30 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	QL (120 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	Reyataz	2	MO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	Reyataz	2	MO; QL (30 per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Prezista	5	QL (60 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Prezista	5	QL (30 per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Sustiva	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	Atripla	5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	Symfi Lo	5	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	5	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Emtriva	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Truvada	5	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Truvada	2	MO; QL (30 per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	MO; FFQL; QL (680 per 28 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Intelence	5	QL (120 per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	Lexiva	5	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	QL (60 per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	QL (60 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	QL (180 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Epivir	2	MO; QL (900 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Epivir	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Epivir	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	Kaletra	2	MO; QL (400 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Kaletra	2	MO; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Kaletra	2	MO; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Selzentry	5	QL (240 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Selzentry	5	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		2	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		1	MO; QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		4	MO; FFQL; QL (360 per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	QL (30 per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	QL (30 per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	QL (30 per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	QL (360 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		5	QL (240 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		5	QL (420 per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	QL (180 per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Norvir	2	MO; QL (360 per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	QL (1800 per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		5	QL (60 per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG		5	QL (4 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG		5	QL (5 per 180 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Viread	2	MO; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		4	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		5	QL (360 per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		4	MO; FFQL; QL (180 per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 per 28 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG		5	QL (300 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG		5	QL (120 per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	QL (240 per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	QL (30 per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Retrovir	2	MO; QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Retrovir	2	MO; QL (1680 per 28 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
ANTIVIRALES HCV			
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	Harvoni	5	PA
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG		5	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	Epclusa	5	PA
ANTIVIRALES, VARIOS			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (336 per 28 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tamiflu	2	QL (84 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Tamiflu	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Tamiflu	2	NEDS
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG		1	NEDS
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG		1	NEDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (100 per 100 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		4	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	NEDS
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG		4	
INTERFERONES			
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA
NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS			
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		1	NEDS
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>		2	NEDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		1	NEDS
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Baraclude	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		2	QL (90 per 30 days); NEDS
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG		1	NEDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	NEDS
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Valtrex	2	QL (90 per 30 days); NEDS
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Valtrex	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Valcyte	5	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Valcyte	3	MO; FFQL
DISPOSITIVOS			
DISPOSITIVOS			
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	QL (120 per 30 days); NEDS
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"		3	NEDS
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	QL (120 per 30 days); NEDS
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %		3	NEDS
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days); NEDS
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	QL (120 per 30 days); NEDS
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML		3	QL (120 per 30 days); NEDS
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %		2	PA-BvsD; NEDS
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		2	NEDS
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>		2	PA-BvsD; NEDS
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 40-5-0.9 MEQ/L-%-%		2	PA-BvsD; NEDS
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION 20 MEQ/L		2	PA-BvsD; NEDS
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>		1	NEDS
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>		2	PA-BvsD; NEDS
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	PA-BvsD
<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>		2	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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>	Klor-Con	1	MO
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%		2	PA-BvsD; NEDS
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>		2	PA-BvsD; NEDS
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/100ML		2	PA-BvsD; NEDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>		2	PA-BvsD; NEDS
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 40 MEQ/100ML		3	PA-BvsD; NEDS
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Klor-Con	2	MO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	MO
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	Urocit-K 10	2	NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	Urocit-K 15	2	NEDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>		2	NEDS
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>		3	PA-BvsD; NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %</i>		4	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.9 %</i>		2	NEDS
<i>sodium chloride intravenous solution 3 %, 5 %</i>		3	NEDS
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		2	PA-BvsD; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/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
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		4	MO; FFQL
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>		2	NEDS
ANTICOAGULANTES			
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		3	QL (74 per 30 days); NEDS
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		3	MO; FFQL; QL (90 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	Lovenox	2	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	Lovenox	2	QL (24 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	Lovenox	2	QL (9 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Lovenox	2	QL (12 per 30 days); NEDS
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	Lovenox	2	QL (18 per 30 days); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	Arixtra	5	QL (14 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Arixtra	2	QL (24 per 30 days); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		2	PA-BvsD; NEDS
<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; FFQL; QL (900 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	MO; FFQL; QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG		3	MO; FFQL; QL (120 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	QL (51 per 30 days); NEDS
INHIBIDORES DE AGREGACIÓN DE PLAQUETAS			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		2	MO; QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	MO; FFQL; QL (60 per 30 days)
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Plavix	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		1	MO
MODIFICADORES DE FORMACIÓN DE SANGRE			
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		5	PA-BvsD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; QL (360 per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (30 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, 40000 UNIT/ML		4	PA; QL (12 per 28 days)
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA
REEMPLAZO/MODIFICADOR ES DE ENZIMA			
REEMPLAZO/MODIFICADOR ES DE ENZIMA			
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		3	MO; FFQL
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	Yargesa	5	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Javygtor	5	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Javygtor	5	PA
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; FFQL
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	NEDS
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	NEDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	Dantrium	2	NEDS
<i>metaxalone oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		2	NEDS
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		1	NEDS
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>		2	PA; HRM; NEDS
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Zanaflex	2	NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		1	NEDS
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Zanaflex	1	NEDS
SOLUCIONES IRRIGANTES			
SOLUCIONES IRRIGANTES			
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Argyle Sterile Saline	3	NEDS
VITAMINAS Y MINERALES			
VITAMINAS Y MINERALES			
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG		2	NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del medicamento	Referencia	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SODIUM FLUORIDE ORAL TABLET 2.2 (1 F) MG		2	MO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25509 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	109	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	109	
ABILIFY ASIMTUFII	26	
ABILIFY MAINTENA	26	
<i>abiraterone acetate</i>	1	
ABRYSVO.....	71	
<i>acamprosate calcium</i>	12	
<i>acarbose</i>	15	
<i>accutane</i>	55	
<i>acebutolol hcl</i>	32	
<i>acetaminophen-codeine</i>	83	
<i>acetazolamide</i>	75	
<i>acetazolamide er</i>	75	
<i>acetic acid</i>	76	
<i>acetylcysteine</i>	47	
<i>acitretin</i>	55	
ACTEMRA.....	66	
ACTEMRA ACTPEN	66	
ACTHIB	71	
ACTIMMUNE	79	
<i>acyclovir</i>	55, 114	
<i>acyclovir sodium</i>	114	
ADACEL.....	71	
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i> 66		
<i>adalimumab-adbm (2</i> <i>syringe)</i>	66	
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs</i> <i>str)</i>	67	
<i>adalimumab-adbm(ps/uv</i> <i>starter)</i>	67	
<i>adapalene</i>	57	
<i>adefovir dipivoxil</i>	114	
ADEMPAS.....	81	
AKEEGA	1	
<i>albendazole</i>	24	
<i>albuterol sulfate</i>	50	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	50	
<i>alclometasone dipropionate</i>	52	
ALECENSA.....	1	
<i>alendronate sodium</i>	43	
<i>alfuzosin hcl er</i>	60	
<i>aliskiren fumarate</i>	41	
<i>allopurinol</i>	21	
<i>alose tron hcl</i>	42	
<i>alprazolam</i>	13	
ALUNBRIG.....	1	
<i>amantadine hcl</i>	25	
<i>ambrisentan</i>	81	
<i>amikacin sulfate</i>	87	
<i>amiloride hcl</i>	39	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	39	
<i>amiodarone hcl</i>	32	
<i>amitriptyline hcl</i>	102	
AMJEVITA.....	67	
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG	67	
<i>amlodipine besy-benazepril</i> <i>hcl</i>	37	
<i>amlodipine besylate</i>	37	
<i>amlodipine besylate-</i> <i>valsartan</i>	37	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	37	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	37	
<i>ammonium lactate</i>	55	
<i>amoxapine</i>	102	
<i>amoxicillin</i>	91	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 91, 92		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	91	
<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i>	45	
<i>amphotericin b</i>	106	
<i>amphotericin b liposome</i> .	106	
<i>ampicillin</i>	92	
<i>ampicillin sodium</i>	92	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	92	
<i>anagrelide hcl</i>	118	
<i>anastrozole</i>	1	
<i>apraclonidine hcl</i>	79	
<i>aprepitant</i>	23	
APTIOM	97	
APTIVUS.....	109	
ARCALYST	67	
AREXVY.....	71	
ARIKAYCE	87	
<i>aripiprazole</i>	26, 27	
<i>armodafinil</i>	44	
ARNUIITY ELLIPTA	49	
<i>asenapine maleate</i>	27	
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	49	
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	49	
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	49	
ASMANEX HFA.....	49	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	119	
<i>atazanavir sulfate</i>	109, 110	
<i>atenolol</i>	32	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	32	
<i>atomoxetine hcl</i>	45	
<i>atorvastatin calcium</i>	38	
<i>atovaquone</i>	24	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> ..	24	
<i>atropine sulfate</i>	79	
ATROVENT HFA.....	50	
AUGTYRO	1	
AUSTEDO.....	45	
AUSTEDO XR.....	45	
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	45	
AUVELITY.....	102	
<i>aviane</i>	94	
AYVAKIT	1	
AZASITE	76	
<i>azathioprine</i>	67	
<i>azelastine hcl</i>	79	
<i>azelastine-fluticasone</i>	79	
<i>azithromycin</i>	90, 91	
AZOPT	75	
<i>aztreonam</i>	89	
B		
<i>bacitracin</i>	76	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	76	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-</i> <i>hc</i>	76	
<i>baclofen</i>	121	
<i>balsalazide disodium</i>	42	
BALVERSA	1	
<i>balziva</i>	94	
BAQSIMI ONE PACK.....	79	
BARACLUDGE	114	
BCG VACCINE.....	71	
BELSOMRA	44	
<i>benazepril hcl</i>	40	
<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	40	

BENLYSTA	67	<i>bupropion hcl er (smoking</i>	<i>cephalexin</i>	90
<i>benztropine mesylate</i>	25	<i>det)</i>	<i>cetirizine hcl</i>	108
BESREMI	67	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	<i>cevimeline hcl</i>	51
<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>bupropion hcl er (xl)</i>	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	13
.....	52	<i>buspirone hcl</i>	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	
<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>butalbital-acetaminophen</i> ..	.....	102
<i>aug</i>	52	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	14
<i>betamethasone valerate</i>	52	BYDUREON BCISE	<i>chlorhexidine gluconate</i>	51
<i>betaxolol hcl</i>	33, 75	C	<i>chloroquine phosphate</i>	24
<i>bethanechol chloride</i>	61	<i>cabergoline</i>	<i>chlorthalidone</i>	27
<i>bexarotene</i>	1	CABOMETYX	<i>cholestyramine</i>	38
BEXSERO	71	<i>calcipotriene</i>	<i>cholestyramine light</i>	38
<i>bicalutamide</i>	1	<i>calcitonin (salmon)</i>	<i>ciclopirox</i>	106, 107
BICILLIN C-R	92	<i>calcitriol</i>	<i>ciclopirox olamine</i>	107
BICILLIN C-R 900/300	92	CALQUENCE	<i>cilostazol</i>	119
BICILLIN L-A	92	<i>camila</i>	CIMDUO	110
BIKTARVY	110	CAMZYOS	<i>cimetidine</i>	57
<i>bimatoprost</i>	75	<i>candesartan cilexetil</i>	CIMZIA	67
<i>bismuth/metronidaz/tetracycli</i>		<i>candesartan cilexetil-hctz</i> ..	CIMZIA (2 SYRINGE)	67
<i>n</i>	58	CAPLYTA	<i>cinacalcet hcl</i>	43
<i>bisoprolol fumarate</i>	33	CAPRELSA	CINRYZE	119
<i>bisoprolol-</i>		<i>captopril</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i>	76, 93
<i>hydrochlorothiazide</i>	33	<i>carbamazepine</i>	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	93
BOOSTRIX	71	<i>carbamazepine er</i>	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	
<i>bosentan</i>	81	<i>carbidopa</i> .....	.....	76
BOSULIF	1, 2	<i>carbidopa-levodopa</i>	<i>cialopram hydrobromide</i>	102,
BRAFTOVI	2	<i>carbidopa-levodopa er</i>	103	
BREO ELLIPTA	49	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>claravis</i>	55
BREZTRI AEROSPHERE .	50	<i>entacapone</i>	<i>clarithromycin</i>	91
<i>briellyn</i>	94	<i>carglumic acid</i>	<i>clarithromycin er</i>	91
BRILINTA	119	<i>carteolol hcl</i>	<i>clindamycin hcl</i>	87
<i>brimonidine tartrate</i>	75	<i>cartia xt</i>	<i>clindamycin palmitate hcl</i> ..	88
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	75	<i>carvedilol</i>	<i>clindamycin phosphate</i>	56,
<i>brinzolamide</i>	75	<i>carvedilol phosphate er</i>	87, 88	
BRIVIACT	97	<i>casprofungin acetate</i>	<i>clindamycin phosphate in</i>	
<i>bromfenac sodium (once-</i>		CAYSTON	<i>d5w</i>	88
<i>daily)</i>	78	<i>cefaclor</i>	CLINDAMYCIN	
<i>bromocriptine mesylate</i>	25	<i>cefadroxil</i>	PHOSPHATE IN D5W ...	88
BRONCHITOL	47	<i>cefazolin sodium</i>	CLINIMIX/DEXTROSE	
BRUKINSA	2	<i>cefdinir</i>	(4.25/5)	31
<i>budesonide</i>	42, 49	<i>cefepime hcl</i>	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
<i>budesonide er</i>	42	<i>cefixime</i> .....	.....	31
<i>budesonide-formoterol</i>		<i>cefoxitin sodium</i>	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
<i>fumarate</i>	49	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	.....	31
<i>bumetanide</i>	39	<i>cefprozil</i>	<i>clobazam</i>	97
<i>buprenorphine hcl</i>	12	<i>ceftazidime</i>	<i>clobetasol propionate</i>	53
<i>buprenorphine hcl-naloxone</i>		<i>ceftriaxone sodium</i>	<i>clobetasol propionate e</i>	52
<i>hcl</i>	12, 13	<i>cefuroxime axetil</i>	<i>clomipramine hcl</i>	103
<i>bupropion hcl</i>	102	<i>cefuroxime sodium</i>	<i>clonazepam</i>	14
		<i>celecoxib</i>		

<i>clonidine</i>	31, 32	<i>danazol</i>	62	<i>dicyclomine hcl</i>	58
<i>clonidine hcl</i>	31	<i>dantrolene sodium</i>	121	DIFICID	91
<i>clonidine hcl er</i>	45	<i>dapsone</i>	109	<i>diflunisal</i>	82
<i>clopidogrel bisulfate</i>	119	DAPTACEL	72	<i>difluprednate</i>	78
<i>clorazepate dipotassium</i> ...	14	<i>daptomycin</i>	88	<i>digoxin</i>	35
<i>clotrimazole</i>	107	DAPTOMYCIN	88	DIGOXIN	35
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	107	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	61	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	22
<i>clozapine</i>	27	<i>darunavir</i>	110	<i>diltiazem hcl</i>	34
COARTEM	24	DAURISMO.....	2	<i>diltiazem hcl er</i>	34
CODEINE SULFATE... 83, 84		DAYBUE	45	<i>diltiazem hcl er beads</i>	34
<i>colchicine</i>	21	<i>deferasirox</i>	86	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	34
<i>colchicine-probenecid</i>	21	<i>deferiprone</i>	86	<i>dilt-xr</i>	34
<i>colesevelam hcl</i>	38	DELSTRIGO	110	<i>dimethyl fumarate</i>	45
<i>colestipol hcl</i>	38	<i>demeclocycline hcl</i>	93	<i>dimethyl fumarate starter</i> <i>pack</i>	46
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	88	DEPO-SUBQ PROVERA	66	<i>diphenoxylate-atropine</i>	59
COMBIVENT RESPIMAT .	50	DESCOVY.....	110	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	72
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	2	<i>desipramine hcl</i>	103	<i>dipyridamole</i>	119
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	2	<i>desloratadine</i>	108	<i>disulfiram</i>	13
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	2	<i>desmopressin ace spray</i> <i>refrig</i>	65	<i>divalproex sodium</i>	98
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	115	<i>desmopressin acetate</i>	65	<i>divalproex sodium er</i>	98
COMPLERA	110	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	94	<i>dofetilide</i>	32
<i>constulose</i>	58	<i>desonide</i>	53	<i>donepezil hcl</i>	15
COPIKTRA.....	2	<i>desoximetasone</i>	53	<i>dorzolamide hcl</i>	75
CORLANOR.....	35	DESVENLAFAXINE ER ..	103	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	75
COSENTYX	68	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	103	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> <i>pf</i>	75
COSENTYX (300 MG DOSE)	67	<i>dexamethasone</i>	64	DOVATO	110
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	68	<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i>	78	<i>doxazosin mesylate</i>	32
COSENTYX UNOREADY .	68	<i>dexlansoprazole</i>	57	<i>doxepin hcl</i>	44, 103
COTELLIC.....	2	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	45	<i>doxy 100</i>	94
CREON	120	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	45	<i>doxycycline hyclate</i>	94
<i>cromolyn sodium</i> ... 47, 58, 79		<i>dextrose</i>	31	<i>doxycycline monohydrate</i> ..	94
CVS GAUZE STERILE ...	115	<i>dextrose-sodium chloride</i>	116	DRIZALMA SPRINKLE ...	103
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	121	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE	116	<i>dronabinol</i>	23
<i>cyclophosphamide</i>	2	DIACOMIT.....	97	DROXIA	118
CYCLOPHOSPHAMIDE	2	<i>diazepam</i>	14, 97, 98	<i>droxidopa</i>	32
<i>cyclosporine</i>	68, 78	<i>diazepam intensol</i>	14	DUAVEE	63
<i>cyclosporine modified</i>	68	<i>diazoxide</i>	80	<i>duloxetine hcl</i>	103
<i>cyproheptadine hcl</i>	108	<i>diclofenac epolamine</i>	82	DUPIXENT	68
<i>cyred eq</i>	94	<i>diclofenac potassium</i>	82	<i>dutasteride</i>	60
CYSTAGON	60	<i>diclofenac sodium</i>	78, 82	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> .	60
D		<i>diclofenac sodium er</i>	82	E	
<i>dalfampridine er</i>	45	<i>diclofenac-misoprostol</i>	82	<i>econazole nitrate</i>	107
		<i>dicloxacillin sodium</i>	92	EDURANT	110
				<i>efavirenz</i>	110

<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	<i>flavoxate hcl</i>	61
..... 110	..... 91	<i>flecainide acetate</i>	32
<i>efavirenz-lamivudine-</i>	<i>escitalopram oxalate</i>	<i>fluconazole</i>	107
<i>tenofovir</i> 110	104	<i>fluconazole in sodium</i>	
<i>eletriptan hydrobromide</i> 22	<i>estarylla</i> 95	<i>chloride</i>	107
ELIGARD	<i>estazolam</i> 14	<i>flucytosine</i>	107
2, 3	<i>estradiol</i> 63	<i>fludrocortisone acetate</i>	64
ELIQUIS	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	<i>flunisolide</i>	78
118	..... 63	<i>fluocinolone acetonide</i> .53, 78	
ELIQUIS DVT/PE STARTER	<i>eszopiclone</i>	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	
PACK..... 118	44	..... 53	
ELMIRON..... 80	<i>ethambutol hcl</i> 109	<i>fluocinonide</i>	53
<i>eluryng</i>	<i>ethosuximide</i>	<i>fluocinonide emulsified base</i>	
94	98	..... 53	
EMGALITY	<i>etodolac</i> 82	<i>fluorometholone</i> 78	
22	<i>etodolac er</i>	<i>fluorouracil</i> 55	
EMGALITY (300 MG DOSE)	82	<i>fluoxetine hcl</i>	104
..... 22	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	<i>fluphenazine decanoate</i> 27	
EMSAM .....	..... 95	<i>fluphenazine hcl</i>	27
103	<i>etravirine</i>	<i>flurbiprofen</i>	82
<i>emtricitabine</i> 110	110	<i>flurbiprofen sodium</i> 78	
<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .110	<i>euthyrox</i>	<i>fluticasone propionate</i> .54, 78	
EMTRIVA	61	<i>fluticasone propionate hfa</i> .49	
110	<i>everolimus</i> 3, 68	<i>fluvastatin sodium</i> 38	
<i>enalapril maleate</i> 40	EVOTAZ..... 110	<i>fluvastatin sodium er</i>	38
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	EVRYSDI	<i>fluvoxamine maleate</i>	104
..... 40	80	<i>fluvoxamine maleate er</i> ... 104	
ENBREL..... 68	EXEL COMFORT POINT	<i>fondaparinux sodium</i> 118	
ENBREL MINI	PEN NEEDLE	<i>fosamprenavir calcium</i> 110	
68	115	<i>fosfomycin tromethamine</i> .. 88	
ENBREL SURECLICK	<i>exemestane</i> 3	<i>fosinopril sodium</i>	40
68	<i>ezetimibe</i> 38	<i>fosinopril sodium-hctz</i> 40	
<i>endocet</i>	<i>ezetimibe-simvastatin</i> 38	FOTIVDA..... 3	
84	F	FRUZAQLA	3
ENGERIX-B	<i>famciclovir</i>	FULPHILA	120
72	115	<i>furosemide</i>	39
<i>enilloring</i> 94	<i>famotidine</i> 58	FUZEON	111
<i>enoxaparin sodium</i> 118	FANAPT	<i>fyavolv</i> 63	
<i>enpresse-28</i>	27	FYCOMPA	98
95	FANAPT TITRATION PACK	G	
ENSPRYNG .....	..... 27	<i>gabapentin</i>	98
46	FARXIGA	<i>galantamine hydrobromide</i> 15	
<i>entacapone</i>	16	<i>galantamine hydrobromide er</i>	
25	FASENRA .....	..... 15	
<i>entecavir</i>	48	GAMMAGARD	69
115	FASENRA PEN..... 47	GAMMAGARD S/D LESS	
ENTRESTO..... 36	<i>febuxostat</i> 21	IGA	69
<i>enulose</i>	<i>felbamate</i>	GAMMAPLEX	69
59	98	GAMUNEX-C	69
ENVARUSUS XR	<i>felodipine er</i> 37	GARDASIL 9	72
68	<i>fenofibrate</i>		
EPIDIOLEX	38		
98	<i>fenofibrate micronized</i> 38		
<i>epinastine hcl</i> 79	<i>fenofibric acid</i> 38		
<i>epinephrine</i>	<i>fentanyl</i> 84		
35	<i>fentanyl citrate</i> 84		
<i>eplerenone</i>	FETZIMA..... 104		
41	FETZIMA TITRATION		
EPRONTIA..... 98	104		
<i>ergoloid mesylates</i>	FILSPARI		
15	80		
<i>ergotamine-caffeine</i>	<i>finasteride</i> 60		
22	FIRMAGON..... 3		
ERIVEDGE..... 3	FIRMAGON (240 MG DOSE)		
ERLEADA .....	..... 3		
3			
<i>erlotinib hcl</i> 3			
<i>errin</i> 95			
<i>ertapenem sodium</i>			
89			
ERY..... 56			
<i>erythromycin</i> 56, 76, 91			
<i>erythromycin base</i> 91			

<i>gatifloxacin</i>	76	HUMALOG MIX 75/25		INCRELEX	65
GAVILYTE-C.....	59	KWIKPEN.....	19	<i>indapamide</i>	40
<i>gavilyte-g</i>	60	HUMALOG TEMPO PEN ..	19	<i>indomethacin</i>	82
<i>gavilyte-n with flavor pack</i> .	60	HUMULIN 70/30.....	19	<i>indomethacin er</i>	82
GAVRETO.....	3	HUMULIN 70/30 KWIKPEN		INFANRIX	72
<i>gefitinib</i>	3	.....	19	INLYTA.....	4
<i>gemfibrozil</i>	38	HUMULIN N	20	INQOVI.....	4
<i>generlac</i>	59	HUMULIN N KWIKPEN.....	20	INREBIC.....	4
<i>gentamicin in saline</i>	87	HUMULIN R	20	<i>insulin glargine</i>	20
<i>gentamicin sulfate</i> .	56, 77, 87	HUMULIN R U-500		<i>insulin glargine max solostar</i>	
GENVOYA	111	(CONCENTRATED)	20	.....	20
GILOTRIF.....	3	HUMULIN R U-500		<i>insulin glargine solostar</i>	20
<i>glatiramer acetate</i>	46	KWIKPEN.....	20	<i>insulin lispro</i>	20
GLEOSTINE.....	3	<i>hydralazine hcl</i>	35	<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	20
<i>glimepiride</i>	21	<i>hydrochlorothiazide</i>	39	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	
<i>glipizide</i>	21	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>		.....	20
<i>glipizide er</i>	21	.....	84	<i>insulin lispro prot & lispro</i> ..	20
<i>glipizide-metformin hcl</i>	21	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	84	INTELENCE	111
GLOBAL ALCOHOL PREP		<i>hydrocortisone</i>	42, 54, 64	INVEGA HAFYERA.....	28
EASE	115	<i>hydrocortisone (perianal)</i> ...	54	INVEGA SUSTENNA	28
<i>glucagon emergency</i>	80	<i>hydrocortisone ace-</i>		INVEGA TRINZA.....	28, 29
<i>glyburide</i>	21	<i>pramoxine</i>	54	IPOL	72
<i>glyburide micronized</i>	21	<i>hydrocortisone butyrate</i>	54	<i>ipratropium bromide</i>	50, 79
<i>glyburide-metformin</i>	21	<i>hydrocortisone valerate</i>	54	<i>ipratropium-albuterol</i>	51
<i>glycopyrrolate</i>	14, 59	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .	77	<i>irbesartan</i>	36
GLYXAMBI.....	16	<i>hydromorphone hcl</i>	84	<i>irbesartan-</i>	
<i>granisetron hcl</i>	23	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	24	<i>hydrochlorothiazide</i>	36
<i>griseofulvin microsize</i>	107	<i>hydroxyurea</i>	3	ISENTRESS	111
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	107	<i>hydroxyzine hcl</i>	108	ISENTRESS HD.....	111
<i>guanfacine hcl er</i>	46	<i>hydroxyzine pamoate</i>	80	<i>isibloom</i>	95
H		HYFTOR	55	ISOLYTE-P IN D5W	116
<i>halobetasol propionate</i>	54	I		ISOLYTE-S PH 7.4.....	116
<i>haloette</i>	95	<i>ibandronate sodium</i>	43	<i>isoniazid</i>	109
<i>haloperidol</i>	28	IBRANCE	3, 4	<i>isosorbide dinitrate</i>	41
<i>haloperidol decanoate</i>	28	<i>ibu</i>	82	<i>isosorbide mononitrate</i>	41
<i>haloperidol lactate</i>	28	<i>ibuprofen</i>	82	<i>isosorbide mononitrate er</i> ..	41
HAVRIX.....	72	<i>icatibant acetate</i>	35	<i>isotretinoin</i>	56
<i>heather</i>	95	ICLUSIG.....	4	<i>isradipine</i>	37
<i>heparin sodium (porcine)</i>	119	<i>icosapent ethyl</i>	38	<i>itraconazole</i>	107
HEPLISAV-B.....	72	IDHIFA	4	<i>ivabradine hcl</i>	35
HIBERIX.....	72	ILEVRO	78	<i>ivermectin</i>	24
HUMALOG	19	<i>imatinib mesylate</i>	4	IWILFIN	4
HUMALOG JUNIOR		IMBRUVICA	4	IXCHIQ.....	72
KWIKPEN.....	19	<i>imipenem-cilastatin</i>	89	IXIARO	72
HUMALOG KWIKPEN	19	<i>imipramine hcl</i>	104	J	
HUMALOG MIX 50/50.....	19	<i>imipramine pamoate</i>	104	JAKAFI	4
HUMALOG MIX 50/50		<i>imiquimod</i>	55	<i>jantoven</i>	119
KWIKPEN.....	19	IMOVAX RABIES	72	JANUMET	16
HUMALOG MIX 75/25.....	19	IMPAVIDO.....	24	JANUMET XR	16
		<i>incassia</i>	95	JANUVIA.....	16

JARDIANCE.....	16	<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	86
<i>jasmiel</i>	95	.....	99
JAYPIRCA.....	4	<i>lansoprazole</i>	58
JENTADUETO.....	16	LANTUS.....	20
JENTADUETO XR.....	16	LANTUS SOLOSTAR.....	20
<i>jinteli</i>	63	<i>lapatinib ditosylate</i>	5
JOENJA.....	46	<i>latanoprost</i>	75
JULUCA.....	111	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	113
JYLAMVO.....	4	<i>leflunomide</i>	69
JYNNEOS.....	72	<i>lenalidomide</i>	5
K		LENVIMA (10 MG DAILY	
KALYDECO.....	48	DOSE).....	5
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	116	LENVIMA (12 MG DAILY	
KCL IN DEXTROSE-NACL		DOSE).....	5
.....	116	LENVIMA (14 MG DAILY	
KCL-LACTATED RINGERS-		DOSE).....	5
D5W.....	116	LENVIMA (18 MG DAILY	
KERENDIA.....	41	DOSE).....	5
<i>ketconazole</i>	107, 108	LENVIMA (20 MG DAILY	
<i>ketoprofen</i>	83	DOSE).....	5
KETOPROFEN.....	82	LENVIMA (24 MG DAILY	
<i>ketorolac tromethamine</i>	78,	DOSE).....	6
83		LENVIMA (4 MG DAILY	
KINRIX.....	72	DOSE).....	6
<i>kionex</i>	59	LENVIMA (8 MG DAILY	
KISQALI (200 MG DOSE) ...	4	DOSE).....	6
KISQALI (400 MG DOSE) ...	5	<i>letrozole</i>	6
KISQALI (600 MG DOSE) ...	5	<i>leucovorin calcium</i>	80
KISQALI FEMARA (200 MG		LEUKINE.....	120
DOSE).....	5	<i>leuprolide acetate</i>	6
KISQALI FEMARA (400 MG		LEUPROLIDE ACETATE (3	
DOSE).....	5	MONTH).....	6
KISQALI FEMARA (600 MG		<i>levabuterol tartrate</i>	51
DOSE).....	5	<i>levetiracetam</i>	99
KORLYM.....	16	<i>levetiracetam er</i>	99
KOSELUGO.....	5	<i>levobunolol hcl</i>	75
KRAZATI.....	5	<i>levocarnitine</i>	80
KYLEENA.....	95	<i>levocarnitine (dietary)</i>	80
L		<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	
<i>labetalol hcl</i>	33	.....	109
<i>lacosamide</i>	98	<i>levofloxacin</i>	77, 93
<i>lactulose</i>	59	<i>levofloxacin in d5w</i>	93
LAGEVRIO.....	115	<i>levonest</i>	95
<i>lamivudine</i>	111	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	
<i>lamivudine-zidovudine</i>	111	.....	95
<i>lamotrigine</i>	99	<i>levo-t</i>	61, 62
<i>lamotrigine er</i>	99	<i>levothyroxine sodium</i>	62
<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	99	<i>levoxyl</i>	62
<i>lamotrigine starter kit-green</i>		<i>l-glutamine</i>	80
.....	99	LIBERVANT.....	99
		<i>lidocaine</i>	86
		<i>lidocaine hcl</i>	86
		<i>lidocaine viscous hcl</i>	86
		<i>lidocaine-prilocaine</i>	86
		LILETTA (52 MG).....	95
		<i>linezolid</i>	88
		LINZESS.....	59
		<i>liothyronine sodium</i>	62
		<i>lisinopril</i>	40
		<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	
		.....	41
		<i>lithium</i>	46
		<i>lithium carbonate</i>	46
		LITHIUM CARBONATE....	46
		<i>lithium carbonate er</i>	46
		LIVTENCITY.....	113
		LOKELMA.....	59
		LONSURF.....	6
		<i>loperamide hcl</i>	59
		<i>lopinavir-ritonavir</i>	111
		<i>lorazepam</i>	14
		<i>lorazepam intensol</i>	14
		LORBRENA.....	6
		<i>loryna</i>	95
		<i>losartan potassium</i>	36
		<i>losartan potassium-hctz</i>	36
		<i>loteprednol etabonate</i>	78
		<i>lovastatin</i>	38
		<i>loxapine succinate</i>	29
		<i>lubiprostone</i>	59
		LUMAKRAS.....	6
		LUMIGAN.....	75
		LUPRON DEPOT (1-	
		MONTH).....	6, 65
		LUPRON DEPOT (3-	
		MONTH).....	6, 65
		LUPRON DEPOT (4-	
		MONTH).....	6
		LUPRON DEPOT (6-	
		MONTH).....	6
		LUPRON DEPOT-PED (1-	
		MONTH).....	65
		LUPRON DEPOT-PED (3-	
		MONTH).....	65
		LUPRON DEPOT-PED (6-	
		MONTH).....	65
		<i>lurasidone hcl</i>	29
		<i>lutura</i>	95
		LYBALVI.....	29
		<i>lyleq</i>	95

LYNPARZA	6	<i>methsuximide</i>	99	N
LYSODREN	6	<i>methylphenidate hcl</i>	47	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> 60
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	6	<i>methylphenidate hcl er</i> 46, 47		<i>nabumetone</i>
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	7	<i>methylprednisolone</i>	64	<i>nadolol</i>
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	7	<i>metoclopramide hcl</i>	59	<i>nafcillin sodium</i>
<i>lyza</i>	95	<i>metolazone</i>	40	<i>naloxone hcl</i>
M		<i>metoprolol succinate er</i>	33	<i>naltrexone hcl</i>
<i>magnesium sulfate</i>	116	<i>metoprolol tartrate</i>	33	<i>naproxen</i>
<i>malathion</i>	57	<i>metoprolol-</i>		<i>naproxen dr</i>
<i>maraviroc</i>	111	<i>hydrochlorothiazide</i>	33	<i>naproxen sodium</i>
MARPLAN.....	104	<i>metronidazole</i>	56, 87, 88	<i>naratriptan hcl</i>
MATULANE.....	7	<i>metyrosine</i>	35	<i>nateglinide</i>
MAVYRET.....	113	<i>mexiletine hcl</i>	32	NAYZILAM
MAYZENT.....	46	MICONAZOLE 3	108	<i>nebivolol hcl</i>
MAYZENT STARTER PACK	46	<i>midazolam hcl</i>	14	<i>nefazodone hcl</i>
<i>meclizine hcl</i>	23	<i>midazolam hcl (pf)</i>	14	<i>neomycin sulfate</i>
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	66	<i>midodrine hcl</i>	32	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>
<i>mefloquine hcl</i>	24	<i>mifepristone</i>	17	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>
<i>megestrol acetate</i>	7, 66	<i>miglitol</i>	17	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>
MEKINIST	7	<i>miglustat</i>	120	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>
MEKTOVI.....	7	<i>milli</i>	95	NERLYNX
<i>meloxicam</i>	83	<i>minocycline hcl</i>	94	NEUPRO
<i>memantine hcl</i>	15	<i>minoxidil</i>	41	<i>nevirapine</i>
<i>memantine hcl er</i>	15	MIRENA (52 MG)	95	<i>nevirapine er</i>
MENACTRA	73	<i>mirtazapine</i>	104, 105	NEXPLANON
MENEST	63	<i>misoprostol</i>	58	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>
MENQUADFI.....	73	M-M-R II	73	.....
MENVEO.....	73	<i>modafinil</i>	44	<i>nicardipine hcl</i>
<i>meprobamate</i>	14	<i>moexipril hcl</i>	41	NICOTROL.....
<i>mercaptopurine</i>	7	<i>molindone hcl</i>	29	NICOTROL NS.....
<i>meropenem</i>	89	<i>mometasone furoate</i> ...	54, 78	<i>nifedipine er</i>
<i>mesalamine</i>	42	<i>montelukast sodium</i>	50	<i>nifedipine er osmotic release</i>
<i>mesalamine er</i>	42	MORPHINE SULFATE	85	.....
MESNEX.....	80	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	85	<i>nikki</i>
<i>metaxalone</i>	121	<i>morphine sulfate er</i>	85	<i>nilutamide</i>
<i>metformin hcl</i>	16, 17	MOUNJARO.....	17	NINLARO
<i>metformin hcl er</i>	16	MOVANTIK	59	<i>nisoldipine er</i>
<i>methadone hcl</i>	85	<i>moxifloxacin hcl</i>	77, 93	<i>nitazoxanide</i>
METHADONE HCL	84	MOXIFLOXACIN HCL IN		NITRO-BID
<i>methazolamide</i>	75	NACL.....	93	NITRO-DUR
<i>methenamine hippurate</i>	88	MRESVIA	73	<i>nitrofurantoin</i>
<i>methimazole</i>	62	MULTAQ	32	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> 88
<i>methocarbamol</i>	121	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	116	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>
<i>methotrexate sodium</i>	7	<i>mupirocin</i>	57	<i>nitroglycerin</i>
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	7	<i>mupirocin calcium</i>	57	<i>nizatidine</i>
		<i>mycophenolate mofetil</i>	69	<i>nora-be</i>
		<i>mycophenolate sodium</i>	69	
		MYRBETRIQ.....	61	

<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	ORKAMBI.....	48	<i>phenobarbital</i>	99, 100
.....	<i>orphenadrine citrate er</i>	121	<i>phenytoin</i>	100
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .	ORSERDU	8	<i>phenytoin sodium extended</i>	
<i>norethindrone</i>	<i>oseltamivir phosphate</i>	113,	.....	100
<i>norethindrone acetate</i>	114		PIFELTRO.....	112
<i>norethindrone-eth estradiol</i> 63	OTEZLA	69	<i>pilocarpine hcl</i>	52, 76
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	<i>oxaprozin</i>	83	<i>pimecrolimus</i>	54
.....	<i>oxcarbazepine</i>	99	<i>pimozide</i>	29
<i>norgestimate-eth estradiol</i> .	<i>oxybutynin chloride</i>	61	<i>pindolol</i>	33
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	<i>oxybutynin chloride er</i>	61	<i>pioglitazone hcl</i>	17
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	<i>oxycodone hcl</i>	85	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> 17	
<i>nortrel 7/7/7</i>	OXYCODONE HCL ER.....	85	<i>pioglitazone hcl-metformin</i>	
<i>nortriptyline hcl</i>	<i>oxycodone-acetaminophen</i> 85		<i>hcl</i>	17, 18
NORVIR	OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
NUBEQA.....	MG/DOSE)	17	<i>so</i>	93
NUDEXTA.....	OZEMPIC (1 MG/DOSE)...	17	PIQRAY (200 MG DAILY	
NUPLAZID	OZEMPIC (2 MG/DOSE)...	17	DOSE)	8
NUTRILIPID	P		PIQRAY (250 MG DAILY	
<i>nylia 1/35</i>	<i>paliperidone er</i>	29	DOSE)	8
<i>nylia 7/7/7</i>	PANRETIN	56	PIQRAY (300 MG DAILY	
<i>nymyo</i>	<i>pantoprazole sodium</i>	58	DOSE)	8
<i>nystatin</i>	<i>paricalcitol</i>	43	<i>pirfenidone</i>	48
<i>nystatin-triamcinolone</i>	<i>paroxetine hcl</i>	105	<i>piroxicam</i>	83
O	<i>paroxetine hcl er</i>	105	<i>pitavastatin calcium</i>	39
<i>octreotide acetate</i>	PAXLOVID (150/100).....	114	PLASMA-LYTE A	116
ODEFSEY	PAXLOVID (300/100).....	114	<i>podofilox</i>	56
ODOMZO	<i>pazopanib hcl</i>	8	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> ..	77
OFEV	PEDIARIX	73	POMALYST.....	8
<i>ofloxacin</i>	PEDVAX HIB.....	73	<i>posaconazole</i>	108
OGSIVEO.....	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>		<i>potassium chloride</i>	117
OJEMDA .....	.....	60	POTASSIUM CHLORIDE 117	
OJJAARA	<i>peg-3350/electrolytes</i>	60	<i>potassium chloride crys er</i>	
<i>olanzapine</i>	PEGASYS	114	.....	116
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> .	PEMAZYRE	8	<i>potassium chloride er</i>	116,
<i>olmesartan medoxomil</i>	PENBRAYA.....	73	117	
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	<i>penicillamine</i>	86	<i>potassium chloride in nacl</i> 117	
.....	<i>penicillin g potassium</i>	92	POTASSIUM CHLORIDE IN	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	<i>penicillin g sodium</i>	92	NACL	117
.....	<i>penicillin v potassium</i>	92	<i>potassium citrate er</i>	117
<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .	PENTACEL	73	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	
<i>omeprazole</i>	<i>pentamidine isethionate</i>	24	.....	117
OMNITROPE	<i>pentoxifylline er</i>	119	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	
<i>ondansetron</i>	<i>perindopril erbumine</i>	41	.....	25
<i>ondansetron hcl</i>	<i>periogard</i>	52	<i>pravastatin sodium</i>	39
ONUREG	<i>permethrin</i>	57	<i>praziquantel</i>	24
OPSUMIT	<i>perphenazine</i>	29	<i>prazosin hcl</i>	32
OPSYNVI	<i>perphenazine-amitriptyline</i>		<i>prednisolone</i>	64
ORENCIA.....	.....	105	<i>prednisolone acetate</i>	79
ORENCIA CLICKJECT	PERSERIS	29	<i>prednisolone sodium</i>	
ORGOVYX.....	<i>phenelzine sulfate</i>	105	<i>phosphate</i>	64, 79

<i>prednisone</i>	64	<i>quinapril hcl</i>	41	<i>ropinirole hcl er</i>	25
PREDNISON INTENSOL	64	<i>quinidine sulfate</i>	32	<i>rosuvastatin calcium</i>	39
PREFERRED PLUS		<i>quinine sulfate</i>	24	ROTARIX	74
INSULIN SYRINGE	115	R		ROTATEQ.....	74
<i>pregabalin</i>	100	RABAVERT.....	73	ROZLYTREK.....	9
PREHEVBRIO.....	73	<i>raloxifene hcl</i>	64	RUBRACA.....	9
PREMARIN	63	<i>ramelteon</i>	44	<i>rufinamide</i>	100
PREMPHASE.....	64	<i>ramipril</i>	41	RUKOBIA	112
PREMPRO	64	<i>ranolazine er</i>	35	RYBELSUS	18
PRENATAL	121	<i>rasagiline mesylate</i>	25	RYDAPT.....	9
<i>prevalite</i>	39	RAVICTI	59	RYTARY.....	26
PREVYMIS.....	114	<i>reclipsen</i>	96	S	
PREZCOBIX	112	RECOMBIVAX HB	73, 74	SANTYL	56
PREZISTA.....	112	REGRANEX	56	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	
PRIFTIN	109	RELENZA DISKHALER ..	114	.....	120, 121
PRIMAQUINE PHOSPHATE		RELI-ON INSULIN SYRINGE		SAVELLA	47
.....	24	.....	115	SAVELLA TITRATION PACK	
<i>primidone</i>	100	<i>repaglinide</i>	18	.....	47
PRIORIX	73	REPATHA	39	SCEMBLIX	9
PROAIR RESPICLICK	51	REPATHA PUSHTRONEX		<i>scopolamine</i>	23
<i>probenecid</i>	21	SYSTEM.....	39	SECUADO	30
<i>prochlorperazine</i>	23	REPATHA SURECLICK....	39	<i>selegiline hcl</i>	26
<i>prochlorperazine maleate</i> ..	23	RESTASIS	79	<i>selenium sulfide</i>	57
<i>procto-med hc</i>	54	RESTASIS MULTIDOSE...	79	SELZENTRY	112
<i>proctosol hc</i>	54	RETACRIT	120	SEREVENT DISKUS.....	51
<i>proctozone-hc</i>	55	RETEVMO	8	<i>sertraline hcl</i>	105
<i>progesterone</i>	66	REVLIMID	9	<i>sharobel</i>	96
PROGRAF	70	REXULTI.....	30	SHINGRIX.....	74
PROLASTIN-C.....	48	REYATAZ.....	112	SIGNIFOR.....	65
PROLIA.....	43	REZLIDHIA	9	<i>sildenafil citrate</i>	81
PROMACTA.....	120	REZUROCK	70	<i>silodosin</i>	60
<i>promethazine hcl</i>	23, 109	RHOPRESSA.....	76	<i>silver sulfadiazine</i>	57
<i>promethegan</i>	23	<i>ribavirin</i>	115	SIMBRINZA.....	76
<i>propafenone hcl</i>	32	<i>rifabutin</i>	109	<i>simvastatin</i>	39
<i>propranolol hcl</i>	33, 34	<i>rifampin</i>	109	<i>sirolimus</i>	70
<i>propranolol hcl er</i>	33	<i>riluzole</i>	47	SIRTURO	109
<i>propylthiouracil</i>	62	<i>rimantadine hcl</i>	114	SKYLA.....	96
PROQUAD	73	RINVOQ.....	70	SKYRIZI	70
<i>protriptyline hcl</i>	105	RINVOQ LQ	70	SKYRIZI (150 MG DOSE) .	70
PULMOZYME	120	<i>risedronate sodium</i>	43, 44	SKYRIZI PEN	70
PURIXAN	8	RISPERDAL CONSTA	30	<i>sodium chloride</i>	117, 121
<i>pyrazinamide</i>	109	<i>risperidone</i>	30	SODIUM FLUORIDE	122
<i>pyridostigmine bromide</i>	80	<i>ritonavir</i>	112	<i>sodium oxybate</i>	44
<i>pyridostigmine bromide er</i> .	80	<i>rivastigmine</i>	15	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	
<i>pyrimethamine</i>	24	<i>rivastigmine tartrate</i>	15	.....	59
Q		RIVFLOZA.....	80	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	113
QINLOCK.....	8	<i>rizatriptan benzoate</i>	22	SOLQUA	21
QUADRACEL.....	73	ROCKLATAN	76	SOLTAMOX	9
<i>quetiapine fumarate</i>	30	<i>roflumilast</i>	48	SOMAVERT	65
<i>quetiapine fumarate er</i>	30	<i>ropinirole hcl</i>	26	<i>sorafenib tosylate</i>	9

<i>sotalol hcl</i>	34	<i>tazarotene</i>	57	<i>topiramate er</i>	101
<i>sotalol hcl (af)</i>	34	TAZORAC	57	<i>toremifene citrate</i>	10
SPIRIVA RESPIMAT.....	51	TAZVERIK.....	10	<i>torsemide</i>	40
<i>spironolactone</i>	40	TDVAX	74	TOUJEO MAX SOLOSTAR	
<i>spironolactone-hctz</i>	40	TEFLARO.....	90	.....	21
<i>sprintec 28</i>	96	<i>telmisartan</i>	36	TOUJEO SOLOSTAR	21
SPRITAM	100	<i>telmisartan-amlodipine</i>	36	TPN ELECTROLYTES....	117
SPRYCEL	9	<i>telmisartan-hctz</i>	36	TRADJENTA	18
<i>sps</i>	59	<i>temazepam</i>	14	<i>tramadol hcl</i>	86
<i>sronyx</i>	96	TENIVAC.....	74	<i>tramadol hcl er</i>	86
<i>ssd</i>	57	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>tramadol-acetaminophen</i> ...	86
STELARA.....	70	.....	112	<i>trandolapril</i>	41
STIOLTO RESPIMAT	51	TEPMETKO	10	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	
STIVARGA.....	9	<i>terazosin hcl</i>	60	.....	41
<i>streptomycin sulfate</i>	87	<i>terbinafine hcl</i>	108	<i>tranexamic acid</i>	118
STRIBILD	112	<i>terbutaline sulfate</i>	51	<i>tranylcypromine sulfate</i> ..	106
<i>sucrafate</i>	58	<i>terconazole</i>	87	TRAVASOL.....	31
<i>sulfacetamide sodium</i>	77	TERIPARATIDE		<i>travoprost (bak free)</i>	76
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>		(RECOMBINANT).....	44	<i>trazodone hcl</i>	106
.....	57	<i>testosterone</i>	62, 63	TRECATOR	109
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>		<i>testosterone cypionate</i>	62	TRELEGY ELLIPTA	51
.....	77	<i>testosterone enanthate</i>	62	TRELSTAR MIXJECT	10
<i>sulfadiazine</i>	93	<i>tetrabenazine</i>	47	TREMFYA	71
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tetracycline hcl</i>	94	<i>tretinoin</i>	10, 57
<i>trimethoprim</i>	93	THALOMID.....	81	<i>triamcinolone acetonide</i> ...	52,
<i>sulfasalazine</i>	42	<i>theophylline</i>	51	55	
<i>sulindac</i>	83	<i>theophylline er</i>	51	<i>triamterene-hctz</i>	40
<i>sumatriptan succinate</i>	22	<i>thioridazine hcl</i>	30	<i>trientine hcl</i>	86
<i>sunitinib malate</i>	9	<i>thiothixene</i>	30	<i>tri-estarylla</i>	96
SUNLENCA.....	112	<i>tiadylt er</i>	34	<i>trifluoperazine hcl</i>	30
SUTAB	60	<i>tiagabine hcl</i>	100	<i>trifluridine</i>	77
SYMLINPEN 120	18	TIBSOVO	10	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	26
SYMLINPEN 60	18	TICOVAC	74	TRIJARDY XR.....	18
SYMPAZAN	100	TIGECYCLINE	94	TRIKAFTA.....	48
SYMTUZA.....	112	<i>tilia fe</i>	96	<i>tri-legest fe</i>	96
SYNAREL	66	<i>timolol maleate</i>	34, 76	<i>trimethobenzamide hcl</i>	23
SYNJARDY	18	<i>tinidazole</i>	24	<i>trimethoprim</i>	88
SYNJARDY XR.....	18	<i>tiotropium bromide</i>		<i>tri-mili</i>	96
SYNTHROID	62	<i>monohydrate</i>	51	<i>trimipramine maleate</i>	106
T		TIVICAY	113	TRINTELLIX.....	106
TABRECTA	9	TIVICAY PD	113	<i>tri-nymyo</i>	96
<i>tacrolimus</i>	55, 70	<i>tizanidine hcl</i>	121	<i>tri-sprintec</i>	96
<i>tadalafil</i>	81	TOBI PODHALER	87	TRIUMEQ.....	113
TAFINLAR.....	9	<i>tobramycin</i>	77, 87	TRIUMEQ PD.....	113
TAGRISSE.....	9	<i>tobramycin sulfate</i>	87	<i>trivora (28)</i>	97
TALZENNA	10	<i>tobramycin-dexamethasone</i>		TROPHAMINE	31
<i>tamoxifen citrate</i>	10	.....	77	<i>tropium chloride</i>	61
<i>tamsulosin hcl</i>	60	<i>tolterodine tartrate</i>	61	<i>tropium chloride er</i>	61
TASIGNA	10	<i>tolterodine tartrate er</i>	61	TRULICITY.....	18
TAVNEOS.....	70	<i>topiramate</i>	101	TRUMENBA	74

TRUQAP	10	VERAPAMIL HCL ER.....	34	XOSPATA	11
TUKYSA.....	10	VERQUVO	36	XPOVIO (100 MG ONCE	
TURALIO.....	10	VERSACLOZ	30	WEEKLY)	11
TWINRIX.....	74	VERZENIO.....	10	XPOVIO (40 MG ONCE	
TYBOST.....	81	<i>vestura</i>	97	WEEKLY)	11
TYMLOS	44	<i>vigabatrin</i>	101	XPOVIO (40 MG TWICE	
TYPHIM VI	74	<i>vigadrone</i>	101	WEEKLY)	11
U		<i>vigpoder</i>	101	XPOVIO (60 MG ONCE	
UBRELVY	22	VIJOICE	81	WEEKLY)	11
ULTICARE INSULIN		<i>vilazodone hcl</i>	106	XPOVIO (60 MG TWICE	
SYRINGE	115	VIRACEPT	113	WEEKLY)	11
<i>unithroid</i>	62	VIREAD.....	113	XPOVIO (80 MG ONCE	
<i>ursodiol</i>	59	VITRAKVI.....	11	WEEKLY)	12
V		VIZIMPRO.....	11	XPOVIO (80 MG TWICE	
<i>valacyclovir hcl</i>	115	VONJO.....	11	WEEKLY)	12
VALCHLOR.....	56	<i>voriconazole</i>	108	XTANDI	12
<i>valganciclovir hcl</i>	115	VORICONAZOLE.....	108	<i>xulane</i>	97
<i>valproic acid</i>	101	VOTRIENT	11	Y	
<i>valsartan</i>	36	VOWST	81	YF-VAX	75
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		VRAYLAR	30, 31	YONSA.....	12
.....	37	VUMERITY.....	47	<i>yuvafem</i>	64
VALTOCO 10 MG DOSE	101	<i>vyfemla</i>	97	Z	
VALTOCO 15 MG DOSE	101	W		<i>zafemy</i>	97
VALTOCO 20 MG DOSE	101	<i>warfarin sodium</i>	119	<i>zafirlukast</i>	50
VALTOCO 5 MG DOSE ..	101	WELIREG.....	11	<i>zaleplon</i>	44
<i>vancomycin hcl</i>	88, 89	<i>wixela inhub</i>	49	ZARXIO	120
VANDAZOLE	87	X		ZEJULA.....	12
VANFLYTA.....	10	XALKORI.....	11	ZELBORAF	12
VAQTA.....	74	XARELTO	119	ZEMDRI	87
<i>ardenafil hcl</i>	81	XARELTO STARTER PACK		<i>zenatane</i>	56
<i>varenicline tartrate</i>	13	.....	119	ZENPEP	121
VARENICLINE TARTRATE		XCOPRI	101, 102	<i>zidovudine</i>	113
.....	13	XCOPRI (250 MG DAILY		ZIEXTENZO	120
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	13	DOSE)	101	<i>ziprasidone hcl</i>	31
VARIVAX	74	XCOPRI (350 MG DAILY		<i>ziprasidone mesylate</i>	31
VAXCHORA	74	DOSE)	101	ZOLINZA	12
VEMLIDY	113	XDEMVY	78	<i>zolmitriptan</i>	22
VENCLEXTA.....	10	XELJANZ	71	<i>zolpidem tartrate</i>	44
VENCLEXTA STARTING		XELJANZ XR	71	ZONISADE	102
PACK.....	10	XERMELO.....	59	<i>zonisamide</i>	102
VENLAFAXINE BESYLATE		XGEVA.....	44	<i>zovia 1/35 (28)</i>	97
ER	106	XIFAXAN.....	89	ZTALMY	102
<i>venlafaxine hcl</i>	106	XIGDUO XR	18, 19	ZURZUVAE	106
<i>venlafaxine hcl er</i>	106	XIIDRA	79	ZYDELIG	12
VEOZAH	81	XOFLUZA (80 MG DOSE)		ZYKADIA.....	12
<i>verapamil hcl</i>	35	.....	114	ZYPREXA RELPREVV	31
<i>verapamil hcl er</i>	34, 35	XOLAIR.....	48		

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc.

Este formulario se actualizó en 10/01/2024 Para información más reciente u otras preguntas, por favor comuníquese con el Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS Classicare al 1-866-627-8183 (libre de costo) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre., o visite www.mcsclassicare.com.

Salud Completa

MCS Classicare (HMO)

¡LLAMA AHORA!



1.866.627.8183
(libre de costo)



1.866.627.8182
TTY (Audio impedidos)

Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.