

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS 2



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 25511 número de versión 9

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 Del Caribe (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare Intelicare (HMO), MCS Classicare MA-PD Grupos (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

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_3240824_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 MCS Classicare Del Caribe (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare Intelicare (HMO), MCS Classicare MA-PD Grupos (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C- SNP)? "

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 Del Caribe (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare Intelicare (HMO), MCS Classicare MA-PD Grupos (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).? "

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 121. 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 Del Caribe (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare Intelicare (HMO), MCS Classicare MA-PD Grupos (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)?" 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 MCS Classicare Del Caribe (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Excede

(HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare Intelicare (HMO), MCS Classicare MA-PD Grupos (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)?

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 Del Caribe (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare Intelicare (HMO), MCS Classicare MA-PD Grupos (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C - SNP)

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 121.

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 Del Caribe (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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

MCS Classicare En Tu Hogar (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 estándar (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

MCS Classicare Efectivo (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$4	\$8	\$12	\$8
4	Marca no preferida	\$14	\$28	\$42	\$28
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

MCS Classicare Essential (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	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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

MCS Classicare Exacto (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$10	\$20	\$30	\$20
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

MCS Classicare Excede (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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

MCS Classicare Firme (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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

MCS Classicare Hero (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 estándar (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

MCS Classicare Intelicare (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 estándar (90 días)
1	Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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

MCS Classicare Grupos MA-PD (HMO-POS)					
Nivel	Descripción	Al detal estándar (30 días)	Al detal estándar (60 días)	Al detal estándar (90 días)	Orden por correo (90 días)
1	Genérico preferido	<p>Vea 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 Primero (HMO C-SNP)					
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	\$0	\$0	\$0	\$0
2	Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
3	Marca preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
4	Marca no preferida	\$0	\$0	\$0	\$0
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); NEDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Zytiga	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG		5	PA; NEDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; NEDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Arimidex	1	MO
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA; NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Targretin	5	PA; NEDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Targretin	5	PA; NEDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Casodex	1	NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; QL (30 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; NEDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; NEDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA; NEDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; NEDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA; NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG		5	PA; NEDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; NEDS
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; NEDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG		4	PA; QL (1 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG		4	PA; QL (1 per 120 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG		4	PA; QL (1 per 180 days)
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); NEDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG		5	PA; NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Tarceva	5	PA; NEDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>		5	PA; NEDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg</i>	Afinitor	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	Afinitor Disperz	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG		4	PA; QL (1 per 28 days)
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA; NEDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG		5	PA; NEDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; NEDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Iressa	5	PA; NEDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; NEDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG		4	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; NEDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Hydrea	1	NEDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; NEDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Gleevec	5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Gleevec	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; QL (216 per 27 days); NEDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA; NEDS
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA; NEDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; NEDS
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA; NEDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; NEDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML		4	PA-BvsD
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; NEDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; NEDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; NEDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; NEDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; NEDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; NEDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		5	PA; NEDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	Tykerb	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Revlimid	5	PA; NEDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; NEDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; NEDS
<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; NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG		5	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; NEDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	NEDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG		5	PA; QL (150 per 30 days); NEDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NEDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	PA; HRM; NEDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML		5	PA; NEDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA; NEDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; NEDS
<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; NEDS
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nilandron	5	QL (60 per 30 days); NEDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; NEDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML		5	PA; QL (96 per 28 days); NEDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)		5	PA; QL (24 per 28 days); NEDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA; NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	Votrient	5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA; NEDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; NEDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; NEDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; NEDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (21 per 28 days); NEDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	PA; NEDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; QL (120 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; NEDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; NEDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; NEDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG		5	PA; NEDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA; NEDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NexAVAR	5	PA; NEDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SPRYCEL ORAL TABLET 140 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; NEDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Sutent	5	PA; NEDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; NEDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG		5	PA; NEDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; NEDS
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); NEDS
<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); NEDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NEDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA; NEDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NEDS
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Fareston	5	PA; NEDS
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	NEDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA; NEDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG		5	PA; NEDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		3	PA; NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA; NEDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; QL (600 per 30 days); NEDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; NEDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; NEDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA; NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG		5	PA; QL (240 per 30 days); NEDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; NEDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA; NEDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; NEDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; NEDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; NEDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; NEDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; NEDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; NEDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; NEDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA; NEDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; NEDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; NEDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
ZYDELIG ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NEDS
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 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 film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Suboxone	2	QL (60 per 30 days); NEDS
<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</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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTIDIABETICO			
AGENTES ANTIDIABETICOS, VARIOS			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MO; QL (90 per 30 days)
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); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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); NEDS
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 per 30 days); NEDS
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
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 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			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
AGENTES ANTIMIGRAÑA			
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	Migranal	5	QL (24 per 28 days); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
AGENTES ANTINAUSEA			
AGENTES ANTINAUSEA			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		5	PA-BvsD; QL (8 per 30 days); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
AGENTES ANTIPARASITARIOS			
AGENTES ANTIPARASITARIOS			
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		5	NEDS
<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); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
<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			
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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); NEDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA-BvsD; QL (1 per 26 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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); NEDS
<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); NEDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 per 30 days); NEDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	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: 25511 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 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)
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); NEDS
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>		2	MO
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>		5	NEDS
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROquel XR	2	MO; 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); NEDS
<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); NEDS
<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); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<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 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)
<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; NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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); NEDS
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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	NEDS
<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)
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		1	MO
<i>toremide 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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	Lotronex	2	PA; MO
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Lotronex	5	PA; NEDS
<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	NEDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		4	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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

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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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)
<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); NEDS
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA; NEDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 per 28 days); NEDS
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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>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); NEDS
<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

<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); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 6 MG		5	PA; QL (90 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		5	PA; QL (30 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG		5	PA; QL (28 per 28 days); NEDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG		5	PA; QL (42 per 28 days); NEDS
<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); NEDS
<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); NEDS
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	Tecfidera	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		5	PA; NEDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Copaxone	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Intuniv	2	PA; MO; HRM
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG		5	PA; QL (210 per 30 days); NEDS
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)
<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)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Xenazine	5	PA; QL (120 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
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; NEDS
<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; NEDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML		5	PA; NEDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; NEDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NEDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; NEDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG		5	PA; NEDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Esbriet	5	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg</i>	Esbriet	5	PA; NEDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>		5	PA; NEDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML		5	PA-BvsD; NEDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Daliresp	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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG		5	PA; QL (84 per 28 days); NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML		5	PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; NEDS
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		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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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			
<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)
BRONCODILATADORES			
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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)
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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-Smoothe/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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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>acutane 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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		2	QL (12 per 30 days); NEDS
<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; NEDS
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	NEDS
REGANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Carafate	1	MO
AGENTES GASTROINTESTINALES, OTROS			
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Carbaglu	5	PA; NEDS
<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
<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
MOVANTI K ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA; NEDS
<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); NEDS
LAXANTES			
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		2	NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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			
<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>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>trosipium 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
<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			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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			
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Evista	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	Yuvafem	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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
PREDNISONA 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			
<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; NEDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG		5	PA; QL (1 per 30 days); NEDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG		5	PA; QL (1 per 90 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; NEDS
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SandoSTATIN	5	PA; NEDS
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA; NEDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA; NEDS
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); NEDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Pen)	5	PA; QL (2 per 28 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	Cyltezo (2 Syringe)	5	PA; QL (6 per 28 days); NEDS
<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); NEDS
<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); NEDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA; NEDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Imuran	2	PA-BvsD; MO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA; NEDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; NEDS
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA; NEDS
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 per 28 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML		5	PA; NEDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 per 28 days); NEDS
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; NEDS
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA-BvsD; NEDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA-BvsD; NEDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA-BvsD; NEDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML		5	PA; Only NDCs starting with 00074; QL (4 per 28 days); NEDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; Only NDCs starting with 00074; QL (6 per 28 days); NEDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; Only NDCs starting with 00074; QL (3 per 28 days); NEDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML		5	PA; Only NDCs starting with 00074; QL (2 per 28 days); NEDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; Only NDCs starting with 00074; QL (6 per 28 days); NEDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; Only NDCs starting with 00074; QL (3 per 28 days); NEDS
HUMIRA-PED \geq 40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; Only NDCs starting with 00074; QL (3 per 28 days); NEDS
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN- INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; Only NDCs starting with 00074; QL (3 per 28 days); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CellCept	5	PA-BvsD; NEDS
<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); NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG		5	PA; QL (55 per 28 days); NEDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA-BvsD; MO; FFQL
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NEDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Rapamune	5	PA-BvsD; NEDS
<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); NEDS
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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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); NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 per 28 days); NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML		5	PA; QL (1 per 28 days); NEDS
<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); NEDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; NEDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; NEDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
XELJANZ ORAL TABLET 5 MG		5	PA; QL (120 per 30 days); NEDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
VACUNAS			
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML		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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
RABAVERT 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
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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
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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Pred Forte	2	NEDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	NEDS
XIIDRA OPHTHALMIC 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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE		3	NEDS
<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	NEDS
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		4	
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML		5	PA; NEDS
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<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	NEDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	Rectiv	2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Mestinon	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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		2	NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Mestinon	2	NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (2 per 28 days); NEDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (4 per 28 days); NEDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; NEDS
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; NEDS
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 200 & 50 MG, 50 MG		5	PA; NEDS
VOWST ORAL CAPSULE		5	PA; QL (12 per 30 days); NEDS
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); NEDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Letairis	5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tracleer	5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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>vardeafil hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	EXCL; QL (7 per 30 days)
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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); NEDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>		4	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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	Ferriprox	5	PA; NEDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Depen Titratabs	5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	Syprine	5	PA; NEDS
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)			
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; NEDS
<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); NEDS
<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
ANTIBACTERIALES, MISCELÁNEOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Cleocin	1	NEDS
<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	NEDS
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>		5	NEDS
<i>fosfomicin 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); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 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 125 mg</i>	Vancocin	2	QL (300 per 30 days); NEDS
<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	NEDS
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; NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>		2	NEDS
<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; NEDS
MACRÓLIDOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	Zithromax	2	PA-BvsD; NEDS
<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); NEDS
<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	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 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 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
<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 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>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	NEDS
<i>nafcillin 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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	NEDS
<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			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>		2	NEDS
<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; NEDS
ANTICONCEPTIVOS			
ANTICONCEPTIVOS			
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	Aviane	2	MO
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Vyfemla	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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	EluRyng	3	MO; FFQL; QL (1 per 28 days)
<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
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>luteru 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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 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
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG		4	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Estarylla	1	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>		1	MO
<i>tri-mili 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
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>		2	MO
<i>vyfemla oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Vyfemla	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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ANTICONVULSIVOS			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; NEDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; NEDS
<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; NEDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA; NEDS
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg</i>		2	NEDS
<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; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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; NEDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA; NEDS
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)
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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); NEDS
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); NEDS
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
<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	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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; NEDS
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); NEDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	Vigadrone	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	Vigpoder	5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 per 28 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 per 30 days); NEDS
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); NEDS
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); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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); NEDS
<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)
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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)
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA; QL (14 per 14 days); NEDS

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; NEDS
<i>casposfungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	Cancidas	2	NEDS
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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	NEDS
<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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		1	QL (120 per 30 days); NEDS
VORICONAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA; NEDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Vfend	5	PA; QL (300 per 30 days); NEDS
<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)

ANTIISTAMÍNICOS

ANTIISTAMÍNICOS

<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>	Clarinet	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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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; NEDS
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); NEDS
<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)
<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); NEDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	QL (30 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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Prezista	5	QL (60 per 30 days); NEDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Prezista	5	QL (30 per 30 days); NEDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	Symfi Lo	5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	Symfi	5	QL (30 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
<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); NEDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	Lexiva	5	QL (120 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: 25511 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); NEDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
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); NEDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	QL (60 per 30 days); NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	QL (180 per 30 days); NEDS
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); NEDS
<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); NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Selzentry	5	QL (120 per 30 days); NEDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>		2	MO; QL (30 per 30 days)
<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); NEDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	QL (360 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		5	QL (240 per 30 days); NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		5	QL (420 per 30 days); NEDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	QL (180 per 30 days); NEDS
<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); NEDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	QL (1800 per 30 days); NEDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	MO; FFQL; QL (240 per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		5	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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
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); NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Viread	2	MO; QL (30 per 30 days)
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); NEDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		5	QL (360 per 30 days); NEDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
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); NEDS
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG		5	QL (300 per 30 days); NEDS
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG		5	QL (120 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	QL (240 per 30 days); NEDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	QL (30 per 30 days); NEDS
<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)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
ANTIVIRALES HCV			
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	Harvoni	5	PA; NEDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; NEDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i>	Epclusa	5	PA; NEDS
ANTIVIRALES, VARIOS			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (336 per 28 days); NEDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tamiflu	2	QL (84 per 30 days); NEDS
<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
INTERFERONES			
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA; NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA; NEDS
NUCLEÓSIDOS Y NUCLEÓTIDOS			

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<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	NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
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			
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
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
<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	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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
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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<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); NEDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	Arixtra	2	QL (24 per 30 days); NEDS
<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

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Referencia	Nivel de Medicamento	Requisitos/Límites
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		1	MO
MODIFICADORES DE FORMACIÓN DE SANGRE			
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML		5	PA; NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; QL (360 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; QL (180 per 30 days); NEDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (30 per 30 days); NEDS
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; NEDS
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; NEDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA; NEDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Javygtor	5	PA; NEDS

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página VIII de la introducción. Formulario ID: 25511 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; NEDS
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		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>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
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: 25511 Última Actualización: 10/01/2024 Fecha de Efectividad: 01/01/2025

Listado Alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	105	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	105	
ABILIFY ASIMTUFII	25	
ABILIFY MAINTENA	26	
<i>abiraterone acetate</i>	1	
ABRYSVO.....	68	
<i>acamprosate calcium</i>	12	
<i>acarbose</i>	15	
<i>accutane</i>	53	
<i>acebutolol hcl</i>	31	
<i>acetaminophen-codeine</i>	80	
<i>acetazolamide</i>	72	
<i>acetazolamide er</i>	72	
<i>acetic acid</i>	73	
<i>acetylcysteine</i>	45	
<i>acitretin</i>	53	
ACTEMRA.....	64	
ACTEMRA ACTPEN	63	
ACTHIB	69	
ACTIMMUNE	76	
<i>acyclovir</i>	53, 110	
<i>acyclovir sodium</i>	110	
ADACEL.....	69	
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i> 64		
<i>adalimumab-adbm (2</i> <i>syringe)</i>	64	
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs</i> <i>str)</i>	64	
<i>adalimumab-adbm(ps/uv</i> <i>starter)</i>	64	
<i>adapalene</i>	55	
<i>adefovir dipivoxil</i>	110	
ADEMPAS.....	78	
AKEEGA	1	
<i>albendazole</i>	23	
<i>albuterol sulfate</i>	48	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	48	
<i>alclometasone dipropionate</i>	50	
ALECENSA.....	1	
<i>alendronate sodium</i>	41	
<i>alfuzosin hcl er</i>	58	
<i>aliskiren fumarate</i>	39	
<i>allopurinol</i>	21	
<i>alosetron hcl</i>	40	
<i>alprazolam</i>	13	
ALUNBRIG	1	
<i>amantadine hcl</i>	24	
<i>ambrisentan</i>	78	
<i>amikacin sulfate</i>	83	
<i>amiloride hcl</i>	37	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	37	
<i>amiodarone hcl</i>	30	
<i>amitriptyline hcl</i>	98	
<i>amlodipine besy-benazepril</i> <i>hcl</i>	35	
<i>amlodipine besylate</i>	35	
<i>amlodipine besylate-</i> <i>valsartan</i>	35	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	36	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	35	
<i>ammonium lactate</i>	53	
<i>amoxapine</i>	98	
<i>amoxicillin</i>	87, 88	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 88		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	88	
<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i>	43	
<i>amphotericin b</i>	102	
<i>amphotericin b liposome</i> . 102		
<i>ampicillin</i>	88	
<i>ampicillin sodium</i>	88	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	88	
<i>anagrelide hcl</i>	113	
<i>anastrozole</i>	1	
<i>apraclonidine hcl</i>	76	
<i>aprepitant</i>	22	
APTIOM	93	
APTIVUS.....	105	
ARCALYST	64	
AREXVY.....	69	
ARIKAYCE	83	
<i>aripiprazole</i>	26	
<i>armodafinil</i>	42	
ARNUIITY ELLIPTA	47	
<i>asenapine maleate</i>	26	
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	47	
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	47	
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	47	
ASMANEX HFA.....	47	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	115	
<i>atazanavir sulfate</i>	105	
<i>atenolol</i>	31	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	31	
<i>atomoxetine hcl</i>	43	
<i>atorvastatin calcium</i>	36	
<i>atovaquone</i>	23	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> ..	23	
<i>atropine sulfate</i>	76	
ATROVENT HFA.....	48	
AUGTYRO	1	
AUSTEDO.....	43	
AUSTEDO XR.....	43	
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	43	
AUVELITY	98	
<i>aviane</i>	90	
AYVAKIT	1	
AZASITE	73	
<i>azathioprine</i>	64	
<i>azelastine hcl</i>	76	
<i>azelastine-fluticasone</i>	76	
<i>azithromycin</i>	87	
<i>aztreonam</i>	85	
B		
<i>bacitracin</i>	73	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	73	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-</i> <i>hc</i>	73	
<i>baclofen</i>	116	
<i>balsalazide disodium</i>	40	
BALVERSA	1	
BAQSIMI ONE PACK.....	76	
BARACLUDGE	110	
BCG VACCINE.....	69	
BELSOMRA	42	
<i>benazepril hcl</i>	38	
<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	38	
BENLYSTA	64	
<i>benztropine mesylate</i>	24	
BESREMI	64	

<i>betamethasone dipropionate</i>	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>
..... 50	80	..... 98
<i>betamethasone dipropionate</i>	BYDUREON BCISE	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i> 14
<i>aug</i>	15	<i>chlorhexidine gluconate</i> 49
50	C	<i>chloroquine phosphate</i>
<i>betamethasone valerate</i> 50	<i>cabergoline</i> 24	23
<i>betaxolol hcl</i>	CABOMETRYX..... 2	<i>chlorpromazine hcl</i>
31, 72	<i>calcipotriene</i>	26
<i>bethanechol chloride</i> 58	53	<i>chlorthalidone</i> 38
<i>bexarotene</i>	<i>calcitonin (salmon)</i>	<i>cholestyramine</i>
1	41	36
BEXSERO..... 69	<i>calcitriol</i>	<i>cholestyramine light</i> 36
<i>bicalutamide</i> 1	41	<i>ciclopirox</i>
BICILLIN C-R	CALQUENCE	102
88	2	<i>ciclopirox olamine</i> 102
BICILLIN L-A..... 88	<i>camila</i> 90	<i>cilostazol</i>
BIKTARVY	CAMZYOS	115
105	<i>candesartan cilexetil</i> 34	CIMDUO..... 105
<i>bimatoprost</i>	<i>candesartan cilexetil-hctz</i> .. 34	<i>cimetidine</i>
72	CAPLYTA..... 26	55
<i>bisoprolol fumarate</i> 31	CAPRELSA	CIMZIA
<i>bisoprolol-</i>	<i>captopril</i> 38	64
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>carbamazepine</i> 93	CIMZIA (2 SYRINGE)..... 64
31	<i>carbamazepine er</i>	<i>cinacalcet hcl</i> 41
BOOSTRIX..... 69	93	<i>ciprofloxacin hcl</i> 74, 89
<i>bosentan</i>	<i>carbidopa</i>	<i>ciprofloxacin in d5w</i> 89
78	24	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>
BOSULIF..... 1, 2	<i>carbidopa-levodopa</i> 24	..... 74
BRAFTOVI	<i>carbidopa-levodopa er</i> 24	<i>citalopram hydrobromide</i> ... 98
2	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>claravis</i>
BREO ELLIPTA..... 47	<i>entacapone</i> 24	53
BREZTRI AEROSPHERE . 48	<i>carglumic acid</i>	<i>clarithromycin</i>
<i>briellyn</i> 90	56	87
BRILINTA	<i>carteolol hcl</i> 72	<i>clarithromycin er</i> 87
115	<i>cartia xt</i> 32	<i>clindamycin hcl</i> 84
<i>brimonidine tartrate</i>	<i>carvedilol</i> 31	<i>clindamycin palmitate hcl</i> .. 84
72	<i>carvedilol phosphate er</i>	<i>clindamycin phosphate</i> 54,
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> 72	31	83, 84
<i>brinzolamide</i> 72	<i>caspofungin acetate</i>	<i>clindamycin phosphate in</i>
BRIVIACT..... 93	102	<i>d5w</i> 84
<i>bromfenac sodium (once-</i>	CAYSTON..... 85	CLINDAMYCIN
<i>daily)</i> 75	<i>cefaclor</i> 85	PHOSPHATE IN D5W ... 84
<i>bromocriptine mesylate</i> 24	<i>cefadroxil</i> 85, 86	<i>clobazam</i> 93
BRONCHITOL..... 45	<i>cefazolin sodium</i>	<i>clobetasol propionate</i> .. 50, 51
BRUKINSA..... 2	86	<i>clobetasol propionate e</i> 50
<i>budesonide</i> 40, 47	<i>cefdinir</i> 86	<i>clomipramine hcl</i>
<i>budesonide er</i>	86	98
40	<i>cefepime hcl</i> 86	<i>clonazepam</i> 13
<i>budesonide-formoterol</i>	<i>cefexime</i> 86	<i>clonidine</i>
<i>fumarate</i>	<i>cefoxitin sodium</i>	30
47	86	<i>clonidine hcl</i>
<i>bumetanide</i>	<i>cefpodoxime proxetil</i>	30
38	86	<i>clonidine hcl er</i>
<i>buprenorphine hcl</i>	<i>cefprozil</i> 86	43
12	<i>ceftazidime</i> 86	<i>clopidogrel bisulfate</i> 115
<i>buprenorphine hcl-naloxone</i>	<i>ceftriaxone sodium</i>	<i>clorazepate dipotassium</i> 13
<i>hcl</i> 12	86	<i>clotrimazole</i>
<i>bupropion hcl</i> 98	<i>cefuroxime axetil</i>	102
<i>bupropion hcl er (smoking</i>	87	<i>clotrimazole-betamethasone</i>
<i>det)</i>	<i>celecoxib</i> .....	..... 102
12	78	<i>clozapine</i> 26
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	<i>cephalexin</i> 87	COARTEM
98	<i>cetirizine hcl</i>	23
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	104	CODEINE SULFATE
98	<i>cevimeline hcl</i> 49	80
<i>buspirone hcl</i> 76	<i>chlordiazepoxide hcl</i> 13	
<i>butalbital-acetaminophen</i> .. 80		

<i>colchicine</i>	21	<i>deferiprone</i>	83	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	33
<i>colchicine-probenecid</i>	21	DELSTRIGO	105	<i>dilt-xr</i>	33
<i>colesevelam hcl</i>	36	<i>demeclocycline hcl</i>	90	<i>dimethyl fumarate</i>	44
<i>colestipol hcl</i>	36	DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>dimethyl fumarate starter</i> <i>pack</i>	44
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	84	DESCOVY.....	106	<i>diphenoxylate-atropine</i>	56
COMBIVENT RESPIMAT .	48	<i>desipramine hcl</i>	98	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	69
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	2	<i>desloratadine</i>	104	<i>dipyridamole</i>	115
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	2	<i>desmopressin ace spray</i> <i>refrig</i>	62	<i>disulfiram</i>	12
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	2	<i>desmopressin acetate</i>	62	<i>divalproex sodium</i>	93
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	111	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	91	<i>divalproex sodium er</i>	93
COMPLERA	105	<i>desonide</i>	51	<i>dofetilide</i>	31
<i>constulose</i>	56	<i>desoximetasone</i>	51	<i>donepezil hcl</i>	14
COPIKTRA.....	2	DESVENLAFAXINE ER ...	99	<i>dorzolamide hcl</i>	72
COSENTYX (300 MG DOSE)	64	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	99	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	72
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	65	<i>dexamethasone</i>	61	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> <i>pf</i>	73
COSENTYX UNOREADY .	65	<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i>	75	DOVATO	106
COTELLIC.....	2	<i>dexlansoprazole</i>	55	<i>doxazosin mesylate</i>	30
CREON	116	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	44	<i>doxepin hcl</i>	42, 99
<i>cromolyn sodium</i> ... 46, 56, 76		<i>dextroamphetamine sulfate</i>	44	<i>doxy 100</i>	90
CVS GAUZE STERILE ...	111	<i>dextrose-sodium chloride</i>	111	<i>doxycycline hyclate</i>	90
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	116	DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE	111	<i>doxycycline monohydrate</i> ..	90
<i>cyclophosphamide</i>	2	DIACOMIT.....	93	DRIZALMA SPRINKLE	99
CYCLOPHOSPHAMIDE	2	<i>diazepam</i>	14, 93	<i>dronabinol</i>	22
<i>cyclosporine</i>	65, 75	<i>diazepam intensol</i>	13	DROXIA	113
<i>cyclosporine modified</i>	65	<i>diazoxide</i>	77	<i>droxidopa</i>	30
<i>cyproheptadine hcl</i>	104	<i>diclofenac epolamine</i>	78	<i>duloxetine hcl</i>	99
<i>cyred eq</i>	90	<i>diclofenac potassium</i>	78	DUPIXENT	65
CYSTAGON	58	<i>diclofenac sodium</i>	75, 79	<i>dutasteride</i>	58
D		<i>diclofenac sodium er</i>	79	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> .	58
<i>dalfampridine er</i>	44	<i>diclofenac-misoprostol</i>	79	E	
<i>danazol</i>	60	<i>dicloxacillin sodium</i>	88	<i>econazole nitrate</i>	103
<i>dantrolene sodium</i>	116	<i>dicyclomine hcl</i>	56	EDURANT	106
<i>dapsone</i>	104	DIFICID	87	<i>efavirenz</i>	106
DAPTACEL	69	<i>diflunisal</i>	79	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	106
<i>daptomycin</i>	84	<i>difluprednate</i>	75	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir</i>	106
DAPTOMYCIN	84	<i>digoxin</i>	33, 34	<i>eletriptan hydrobromide</i>	21
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	58	DIGOXIN	33	ELIGARD	2, 3
<i>darunavir</i>	105	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	21	ELIQUIS	114
DAURISMO.....	2	<i>diltiazem hcl</i>	33	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	114
DAYBUE	44	<i>diltiazem hcl er</i>	33	ELMIRON.....	77
<i>deferasirox</i>	83	<i>diltiazem hcl er beads</i>	32	<i>eluryng</i>	91

EMGALITY.....	21	<i>ethosuximide</i>	94	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	
EMGALITY (300 MG DOSE)		<i>etodolac</i>	79	.....	51
.....	21	<i>etodolac er</i>	79	<i>fluocinonide</i>	51
EMSAM.....	99	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>fluocinonide emulsified base</i>	
<i>emtricitabine</i>	106	.....	91	.....	51
<i>emtricitabine-tenofovir df.</i>	106	<i>etravirine</i>	106	<i>fluorometholone</i>	75
EMTRIVA.....	106	<i>euthyrox</i>	59	<i>fluorouracil</i>	53
<i>enalapril maleate</i>	39	<i>everolimus</i>	3, 65	<i>fluoxetine hcl</i>	99, 100
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		EVOTAZ.....	106	<i>fluphenazine decanoate</i>	27
.....	39	EVRYSDI.....	77	<i>fluphenazine hcl</i>	27
ENBREL.....	65	EXEL COMFORT POINT		<i>flurbiprofen</i>	79
ENBREL MINI.....	65	PEN NEEDLE.....	111	<i>flurbiprofen sodium</i>	75
ENBREL SURECLICK.....	65	<i>exemestane</i>	3	<i>fluticasone propionate</i> .	51, 75
<i>endocet</i>	80	<i>ezetimibe</i>	36	<i>fluticasone propionate hfa</i> .	47
ENGERIX-B.....	69	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	36	<i>fluvastatin sodium</i>	37
<i>enilloring</i>	91	F		<i>fluvastatin sodium er</i>	37
<i>enoxaparin sodium</i>	114	<i>famciclovir</i>	110	<i>fluvoxamine maleate</i>	100
<i>enpresse-28</i>	91	<i>famotidine</i>	55	<i>fluvoxamine maleate er</i> ...	100
ENSPRYNG.....	44	FANAPT.....	26, 27	<i>fondaparinux sodium</i>	114
<i>entacapone</i>	25	FANAPT TITRATION PACK		<i>fosamprenavir calcium</i>	106
<i>entecavir</i>	110	.....	27	<i>fosfomycin tromethamine</i> ..	84
ENTRESTO.....	34	FARXIGA.....	15	<i>fosinopril sodium</i>	39
<i>enulose</i>	56	FASENRA.....	46	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	39
ENVARUSUS XR.....	65	FASENRA PEN.....	46	FOTIVDA.....	3
EPIDIOLEX.....	93	<i>febuxostat</i>	21	FRUZAQLA.....	3
<i>epinastine hcl</i>	76	<i>felbamate</i>	94	FULPHILA.....	115
<i>epinephrine</i>	34	<i>felodipine er</i>	35	<i>furosemide</i>	38
<i>eplerenone</i>	39	<i>fenofibrate</i>	36	FUZEON.....	106
EPRONTIA.....	94	<i>fenofibrate micronized</i>	36	<i>fyavolv</i>	61
<i>ergoloid mesylates</i>	14	<i>fenofibric acid</i>	36	FYCOMPA.....	94
<i>ergotamine-caffeine</i>	21	<i>fentanyl</i>	81	G	
ERIVEDGE.....	3	<i>fentanyl citrate</i>	80, 81	<i>gabapentin</i>	94
ERLEADA.....	3	FETZIMA.....	99	<i>galantamine hydrobromide</i>	15
<i>erlotinib hcl</i>	3	FETZIMA TITRATION.....	99	<i>galantamine hydrobromide er</i>	
<i>errin</i>	91	FILSPARI.....	77	.....	14
<i>ertapenem sodium</i>	85	<i>finasteride</i>	58	GAMMAGARD.....	65
ERY.....	54	FIRMAGON.....	3	GAMMAGARD S/D LESS	
<i>erythromycin</i>	54, 74, 87	FIRMAGON (240 MG DOSE)		IGA.....	65
<i>erythromycin base</i>	87	.....	3	GAMMAPLEX.....	66
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>		<i>flavoxate hcl</i>	58	GAMUNEX-C.....	66
.....	87	<i>flecainide acetate</i>	31	GARDASIL 9.....	69
<i>escitalopram oxalate</i>	99	<i>fluconazole</i>	103	<i>gatifloxacin</i>	74
<i>esomeprazole magnesium</i>	55	<i>fluconazole in sodium</i>		GAVILYTE-C.....	57
<i>estarylla</i>	91	chloride.....	103	<i>gavilyte-g</i>	57
<i>estazolam</i>	14	<i>flucytosine</i>	103	<i>gavilyte-n with flavor pack</i> .	57
<i>estradiol</i>	60, 61	<i>fludrocortisone acetate</i>	61	GAVRETO.....	3
<i>estradiol-norethindrone acet</i>		<i>flunisolide</i>	75	<i>gefitinib</i>	3
.....	61	<i>fluocinolone acetonide</i> .	51, 75	<i>gemfibrozil</i>	37
<i>ethambutol hcl</i>	104			<i>generlac</i>	56

<i>gentamicin in saline</i>	83	HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT	INCRELEX	62
<i>gentamicin sulfate</i> . 54, 74, 84		STARTER.....	<i>indapamide</i>	38
GENVOYA	106	HUMULIN 70/30.....	<i>indomethacin</i>	79
GILOTRIF.....	3	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	<i>indomethacin er</i>	79
<i>glatiramer acetate</i>	44	.....	INFANRIX	70
GLEOSTINE.....	3	HUMULIN N	INLYTA.....	4
<i>glimepiride</i>	20	HUMULIN N KWIKPEN.....	INQOVI.....	4
<i>glipizide</i>	21	HUMULIN R	INREBIC.....	4
<i>glipizide er</i>	20	HUMULIN R U-500	<i>insulin glargine</i>	20
<i>glipizide-metformin hcl</i>	21	(CONCENTRATED)	<i>insulin glargine max solostar</i>	
GLOBAL ALCOHOL PREP		HUMULIN R U-500	.....	19
EASE	111	KWIKPEN	<i>insulin glargine solostar</i>	20
<i>glucagon emergency</i>	77	<i>hydralazine hcl</i>	<i>insulin lispro</i>	20
<i>glyburide</i>	21	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>insulin lispro (1 unit dial)</i>	20
<i>glyburide-metformin</i>	21	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	
<i>glycopyrrolate</i>	14, 56	.....	.....	20
GLYXAMBI.....	15	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	<i>insulin lispro prot & lispro</i> ..	20
<i>granisetron hcl</i>	22	<i>hydrocortisone</i>	INTELENCE	106
<i>griseofulvin microsize</i>	103	40, 52, 61	INVEGA HAFYERA.....	27
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	103	<i>hydrocortisone (perianal)</i> ... 52	INVEGA SUSTENNA ..	27, 28
<i>guanfacine hcl er</i>	44	<i>hydrocortisone ace-</i>	INVEGA TRINZA.....	28
H		<i>pramoxine</i>	IPOL	70
<i>halobetasol propionate</i> 51, 52		<i>hydrocortisone butyrate</i>	<i>ipratropium bromide</i>	48, 76
<i>haloette</i>	91	<i>hydrocortisone valerate</i>	<i>ipratropium-albuterol</i>	48
<i>haloperidol</i>	27	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> . 74	<i>irbesartan</i>	34
<i>haloperidol decanoate</i>	27	<i>hydromorphone hcl</i>	<i>irbesartan-</i>	
<i>haloperidol lactate</i>	27	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> 23	<i>hydrochlorothiazide</i>	34
HAVRIX.....	69	<i>hydroxyurea</i>	ISENTRESS	107
<i>heather</i>	91	<i>hydroxyzine hcl</i>	ISENTRESS HD.....	106
<i>heparin sodium (porcine)</i> 114		<i>hydroxyzine pamoate</i>	<i>isibloom</i>	91
HEPLISAV-B.....	69	HYFTOR	ISOLYTE-P IN D5W	111
HIBERIX.....	70	I	ISOLYTE-S PH 7.4.....	112
HUMALOG	18, 19	<i>ibandronate sodium</i>	<i>isoniazid</i>	104
HUMALOG JUNIOR		IBRANCE	<i>isosorbide dinitrate</i>	39, 40
KWIKPEN	18	<i>ibu</i>	<i>isosorbide mononitrate</i>	40
HUMALOG KWIKPEN	18	<i>ibuprofen</i>	<i>isosorbide mononitrate er</i> ..	40
HUMALOG MIX 50/50.....	19	<i>icatibant acetate</i>	<i>isotretinoin</i>	53
HUMALOG MIX 50/50		ICLUSIG.....	<i>isradipine</i>	35
KWIKPEN	19	<i>icosapent ethyl</i>	<i>itraconazole</i>	103
HUMALOG MIX 75/25.....	19	IDHIFA	<i>ivabradine hcl</i>	34
HUMALOG MIX 75/25		ILEVRO	<i>ivermectin</i>	23
KWIKPEN	19	<i>imatinib mesylate</i>	IWILFIN	4
HUMALOG TEMPO PEN..	19	IMBRUVICA	IXCHIQ.....	70
HUMIRA (2 PEN)	66	<i>imipenem-cilastatin</i>	IXIARO	70
HUMIRA (2 SYRINGE)	66	<i>imipramine hcl</i>	J	
HUMIRA-CD/UC/HS		<i>imipramine pamoate</i>	JAKAFI	4
STARTER.....	66	<i>imiquimod</i>	<i>jantoven</i>	114
HUMIRA-PED>/=40KG UC		IMOVAX RABIES	JANUMET	15
STARTER.....	66	IMPAVIDO.....	JANUMET XR	15, 16
		<i>incassia</i>		

JANUVIA.....	16	<i>lamotrigine starter kit-orange</i>		<i>lidocaine</i>	82
JARDIANCE.....	16	.....	95	<i>lidocaine hcl</i>	82
JAYPIRCA.....	4	<i>lansoprazole</i>	56	<i>lidocaine viscous hcl</i>	83
JENTADUETO.....	16	LANTUS.....	20	<i>lidocaine-prilocaine</i>	83
JENTADUETO XR.....	16	LANTUS SOLOSTAR.....	20	LILETTA (52 MG).....	91
<i>jinteli</i>	61	<i>lapatinib ditosylate</i>	5	<i>linezolid</i>	84
JULUCA.....	107	<i>latanoprost</i>	73	LINZESS.....	57
JYLAMVO.....	4	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	109	<i>liothyronine sodium</i>	59
JYNNEOS.....	70	<i>leflunomide</i>	66	<i>lisinopril</i>	39
K		<i>lenalidomide</i>	5	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	
KALYDECO.....	46	LENVIMA (10 MG DAILY		.....	39
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	112	DOSE).....	5	<i>lithium</i>	44
KCL IN DEXTROSE-NACL		LENVIMA (12 MG DAILY		<i>lithium carbonate</i>	44
.....	112	DOSE).....	5	LITHIUM CARBONATE.....	44
KCL-LACTATED RINGERS-		LENVIMA (14 MG DAILY		<i>lithium carbonate er</i>	44
D5W.....	112	DOSE).....	5	LIVTENCITY.....	109
KERENDIA.....	39	LENVIMA (18 MG DAILY		LOKELMA.....	57
<i>ketoconazole</i>	103	DOSE).....	5	LONSURF.....	6
<i>ketoprofen</i>	79	LENVIMA (20 MG DAILY		<i>loperamide hcl</i>	57
KETOPROFEN.....	79	DOSE).....	5	<i>lopinavir-ritonavir</i>	107
<i>ketorolac tromethamine</i>	75,	LENVIMA (24 MG DAILY		<i>lorazepam</i>	14
79		DOSE).....	5	<i>lorazepam intensol</i>	14
KINRIX.....	70	LENVIMA (4 MG DAILY		LORBRENA.....	6
<i>kionex</i>	56	DOSE).....	6	<i>losartan potassium</i>	34
KISQALI (200 MG DOSE) ...	4	LENVIMA (8 MG DAILY		<i>losartan potassium-hctz</i>	35
KISQALI (400 MG DOSE) ...	5	DOSE).....	6	<i>loteprednol etabonate</i> ..	75, 76
KISQALI (600 MG DOSE) ...	5	<i>letrozole</i>	6	<i>lovastatin</i>	37
KISQALI FEMARA (200 MG		<i>leucovorin calcium</i>	77	<i>loxapine succinate</i>	28
DOSE).....	5	<i>leuprolide acetate</i>	6	<i>lubiprostone</i>	57
KISQALI FEMARA (400 MG		LEUPROLIDE ACETATE (3		LUMAKRAS.....	6
DOSE).....	5	MONTH).....	6	LUMIGAN.....	73
KISQALI FEMARA (600 MG		<i>levalbuterol tartrate</i>	48	LUPRON DEPOT (1-	
DOSE).....	5	<i>levetiracetam</i>	95	MONTH).....	6, 62
KORLYM.....	16	<i>levetiracetam er</i>	95	LUPRON DEPOT (3-	
KOSELUGO.....	5	<i>levobunolol hcl</i>	73	MONTH).....	6, 62
KRAZATI.....	5	<i>levocarnitine</i>	77	LUPRON DEPOT (4-	
KYLEENA.....	91	<i>levocarnitine (dietary)</i>	77	MONTH).....	6
L		<i>levocetirizine dihydrochloride</i>		LUPRON DEPOT (6-	
<i>labetalol hcl</i>	31	.....	104	MONTH).....	6
<i>lacosamide</i>	94	<i>levofloxacin</i>	74, 89	<i>lurasidone hcl</i>	28
<i>lactulose</i>	56	<i>levofloxacin in d5w</i>	89	<i>lutura</i>	91
LAGEVRIO.....	111	<i>levonest</i>	91	LYBALVI.....	28
<i>lamivudine</i>	107	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>		<i>lyleq</i>	91
<i>lamivudine-zidovudine</i>	107	.....	91	LYNPARZA.....	6
<i>lamotrigine</i>	94	<i>levo-t</i>	59	LYSODREN.....	6
<i>lamotrigine er</i>	94	<i>levothyroxine sodium</i>	59	LYTGOBI (12 MG DAILY	
<i>lamotrigine starter kit-blue</i> .	95	<i>levoxyl</i>	59	DOSE).....	6
<i>lamotrigine starter kit-green</i>		<i>l-glutamine</i>	77	LYTGOBI (16 MG DAILY	
.....	95	LIBERVANT.....	95	DOSE).....	6

LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	7	<i>metoprolol tartrate</i>	32	<i>naltrexone hcl</i>	13
<i>lyza</i>	91	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	32	<i>naproxen</i>	79, 80
M		<i>metronidazole</i>	54, 83, 85	<i>naproxen dr</i>	79
<i>magnesium sulfate</i>	112	<i>metyrosine</i>	34	<i>naproxen sodium</i>	80
<i>malathion</i>	55	<i>mexiletine hcl</i>	31	<i>naratriptan hcl</i>	21
<i>maraviroc</i>	107	MICONAZOLE 3	103	<i>nateglinide</i>	17
MARPLAN	100	<i>midazolam hcl</i>	14	NAYZILAM	95
MATULANE	7	<i>midazolam hcl (pf)</i>	14	<i>nebivolol hcl</i>	32
MAVYRET	109	<i>midodrine hcl</i>	30	<i>nefazodone hcl</i>	100
MAYZENT	44	<i>mifepristone</i>	16	<i>neomycin sulfate</i>	84
MAYZENT STARTER PACK	44, 45	<i>miglitol</i>	16	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	74
<i>meclizine hcl</i>	22	<i>miglustat</i>	116	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	74
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	63	<i>mili</i>	91	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	74
<i>mefloquine hcl</i>	23	<i>minocycline hcl</i>	90	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	74
<i>megestrol acetate</i>	7, 63	<i>minoxidil</i>	40	NERLYNX	7
MEKINIST	7	MIRENA (52 MG)	91	NEUPRO	25
MEKTOVI	7	<i>mirtazapine</i>	100	<i>nevirapine</i>	107
<i>meloxicam</i>	79	<i>misoprostol</i>	56	<i>nevirapine er</i>	107
<i>memantine hcl</i>	15	M-M-R II	70	NEXPLANON	92
<i>memantine hcl er</i>	15	<i>modafinil</i>	42	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	37
MENACTRA	70	<i>moexipril hcl</i>	39	<i>nicardipine hcl</i>	35
MENEST	61	<i>molindone hcl</i>	28	NICOTROL	13
MENQUADFI	70	<i>mometasone furoate</i> ...	52, 76	NICOTROL NS	13
MENVEO	70	<i>montelukast sodium</i> ...	47, 48	<i>nifedipine er</i>	36
<i>meprobamate</i>	14	MORPHINE SULFATE	81, 82	<i>nifedipine er osmotic release</i>	36
<i>mercaptopurine</i>	7	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	81	<i>nikki</i>	92
<i>meropenem</i>	85	<i>morphine sulfate er</i>	81	<i>nilutamide</i>	7
<i>mesalamine</i>	40, 41	MOUNJARO	16, 17	NINLARO	7
<i>mesalamine er</i>	40	MOVANTIK	57	<i>nisoldipine er</i>	36
MESNEX	77	<i>moxifloxacin hcl</i>	74, 89	<i>nitazoxanide</i>	24
<i>metformin hcl</i>	16	MOXIFLOXACIN HCL IN NA CL	89	NITRO-BID	40
<i>metformin hcl er</i>	16	MRESVIA	70	NITRO-DUR	40
<i>methadone hcl</i>	81	MULTAQ	31	<i>nitrofurantoin</i>	85
METHADONE HCL	81	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	112	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	85
<i>methazolamide</i>	73	<i>mupirocin</i>	54	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	85
<i>methenamine hippurate</i> ...	85	<i>mupirocin calcium</i>	54	<i>nitroglycerin</i>	40, 77
<i>methimazole</i>	59	<i>mycophenolate mofetil</i>	67	<i>nizatidine</i>	56
<i>methotrexate sodium</i>	7	<i>mycophenolate sodium</i>	67	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	92
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	7	MYRBETRIQ	58	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	92
<i>methsuximide</i>	95	N		<i>norethindrone</i>	92
<i>methylphenidate hcl</i>	45	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	57	<i>norethindrone acetate</i>	63
<i>methylphenidate hcl er</i>	45	<i>nabumetone</i>	79	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	61
<i>methylprednisolone</i>	61, 62	<i>nadolol</i>	32		
<i>metoclopramide hcl</i>	57	<i>nafcillin sodium</i>	88, 89		
<i>metolazone</i>	38	<i>naloxone hcl</i>	12, 13		
<i>metoprolol succinate er</i>	31, 32				

<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	<i>oxybutynin chloride</i>	<i>pimozide</i>
..... 92	59	29
<i>norgestimate-eth estradiol</i> . 92	<i>oxybutynin chloride er</i> . 58, 59	<i>pindolol</i> 32
<i>nortrel 1/35 (21)</i> 92	<i>oxycodone hcl</i> 82	<i>pioglitazone hcl</i> 17
<i>nortrel 1/35 (28)</i> 92	OXYCODONE HCL ER.... 82	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> 17
<i>nortrel 7/7/7</i> 92	<i>oxycodone-acetaminophen</i> 82	<i>pioglitazone hcl-metformin</i>
<i>nortriptyline hcl</i> 100	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	<i>hcl</i> 17
NORVIR	MG/DOSE)	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>
108	17	<i>so</i> 89
NUBEQA..... 7	OZEMPIC (1 MG/DOSE)... 17	PIQRAY (200 MG DAILY
NUDEXTA..... 45	OZEMPIC (2 MG/DOSE)... 17	DOSE)
NUPLAZID	P	DOSE)
28	<i>paliperidone er</i>	PIQRAY (250 MG DAILY
<i>nylia 1/35</i> 92	28, 29	DOSE)
<i>nylia 7/7/7</i> 92	PANRETIN	DOSE)
<i>nymyo</i>	53	PIQRAY (300 MG DAILY
92	<i>pantoprazole sodium</i> 56	DOSE)
<i>nystatin</i> 103	<i>paricalcitol</i> 41	8
<i>nystatin-triamcinolone</i> 103	<i>paroxetine hcl</i> 101	<i>pirfenidone</i>
O	<i>paroxetine hcl er</i> 101	46
<i>octreotide acetate</i> 62	PAXLOVID (150/100)..... 110	<i>piroxicam</i> 80
ODEFSEY	PAXLOVID (300/100)..... 110	<i>podofilox</i> 53
108	<i>pazopanib hcl</i> 8	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .. 74
ODOMZO	PEDIARIX	POMALYST..... 8
7	70	<i>posaconazole</i>
OFEV	PEDVAX HIB..... 70	104
46	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	<i>potassium chloride</i>
<i>ofloxacin</i> 74, 89	..... 57	113
OGSIVEO..... 7	<i>peg-3350/electrolytes</i> 57	<i>potassium chloride crys er</i>
OJEMDA	PEGASYS .....	..... 112
7	110	..... 112
OJJAARA	PEMAZYRE	<i>potassium chloride er</i>
7	8	112
<i>olanzapine</i> 28	PENBRAYA..... 70	<i>potassium chloride in nacl</i> 112
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> . 100	<i>penicillamine</i>	POTASSIUM CHLORIDE IN
<i>olmesartan medoxomil</i> 35	83	NACL
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	<i>penicillin g potassium</i>	112
..... 35	89	<i>potassium citrate er</i> 113
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	<i>penicillin g sodium</i> 89	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>
..... 35	<i>penicillin v potassium</i> .....	..... 113
<i>omega-3-acid ethyl esters</i> . 37	PENTACEL	<i>pramipexole dihydrochloride</i>
<i>omeprazole</i>	70	..... 25
56	<i>pentamidine isethionate</i> 24	<i>pravastatin sodium</i>
OMNITROPE	<i>pentoxifylline er</i> 115	37
62	<i>perindopril erbumine</i>	<i>praziquantel</i> 24
<i>ondansetron</i>	39	<i>prazosin hcl</i> 30
23	<i>periogard</i> 49	<i>prednisolone</i> 62
<i>ondansetron hcl</i> 22	<i>permethrin</i> 55	<i>prednisolone acetate</i> 76
ONUREG	<i>perphenazine</i>	<i>prednisolone sodium</i>
7	29	<i>phosphate</i> 62, 76
ORENCIA..... 67	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	<i>prednisone</i>
ORENCIA CLICKJECT 67	..... 101	62
ORGOVYX..... 63	PERSERIS	PREDNISONE INTENSOL 62
ORKAMBI..... 46	29	PREFERRED PLUS
<i>orphenadrine citrate er</i> 116	<i>phenelzine sulfate</i>	INSULIN SYRINGE 111
ORSERDU	101	<i>pregabalin</i>
8	<i>phenobarbital</i>	95, 96
<i>oseltamivir phosphate</i> 109,	<i>phenytoin</i> 95	PREHEVBRIO..... 70
110	<i>phenytoin sodium extended</i>	PREMARIN
OTEZLA .....	..... 95	61
67	PIFELTRO..... 108	PRENATAL
<i>oxaprozin</i>	<i>pilocarpine hcl</i> 49, 73	117
80	<i>pimecrolimus</i> 52	
<i>oxcarbazepine</i> 95		

<i>prevalite</i>	37	<i>rasagiline mesylate</i>	25	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	
PREVYMIS.....	110	RAVICTI.....	57	.....	116
PREZCOBIX	108	RECOMBIVAX HB	71	SAVELLA	45
PREZISTA.....	108	REGRANEX	53	SAVELLA TITRATION PACK	
PRIFTIN	104	RELENZA DISKHALER ..	110	.....	45
PRIMAQUINE PHOSPHATE		RELI-ON INSULIN SYRINGE		SCSEMBLIX	9
.....	24	.....	111	<i>scopolamine</i>	23
<i>primidone</i>	96	<i>repaglinide</i>	17	SECUADO	29
PRIORIX	71	REPATHA	37	<i>selegiline hcl</i>	25
PROAIR RESPICLICK	49	REPATHA PUSHTRONEX		<i>selenium sulfide</i>	54
<i>probenecid</i>	21	SYSTEM.....	37	SELZENTRY	108
<i>prochlorperazine</i>	23	REPATHA SURECLICK....	37	SEREVENT DISKUS.....	49
<i>prochlorperazine maleate</i> ..	23	RETACRIT	115	<i>sertraline hcl</i>	101
<i>procto-med hc</i>	52	RETEVMO	8	SHINGRIX.....	71
<i>proctosol hc</i>	52	REVLIMID	8	SIGNIFOR.....	63
<i>proctozone-hc</i>	52	REXULTI	29	<i>sildenafil citrate</i>	78
<i>progesterone</i>	63	REYATAZ.....	108	<i>silodosin</i>	58
PROGRAF	67	REZLIDHIA	8	<i>silver sulfadiazine</i>	54
PROLASTIN-C.....	46	REZUROCK.....	67	SIMBRINZA.....	73
PROLIA.....	42	RHOPRESSA.....	73	<i>simvastatin</i>	37
PROMACTA.....	115	<i>ribavirin</i>	111	<i>sirolimus</i>	67
<i>promethazine hcl</i>	23, 104	<i>rifabutin</i>	105	SIRTURO	105
<i>promethegan</i>	23	<i>rifampin</i>	105	SKYLA.....	92
<i>propafenone hcl</i>	31	<i>riluzole</i>	45	SKYRIZI	67, 68
<i>propranolol hcl</i>	32	<i>rimantadine hcl</i>	110	SKYRIZI (150 MG DOSE) .	67
<i>propranolol hcl er</i>	32	RINVOQ.....	67	SKYRIZI PEN.....	67
<i>propylthiouracil</i>	59	RINVOQ LQ	67	<i>sodium chloride</i>	113, 117
PROQUAD	71	<i>risedronate sodium</i>	42	SODIUM FLUORIDE.....	117
<i>protriptyline hcl</i>	101	<i>risperidone</i>	29	<i>sodium oxybate</i>	43
PULMOZYME	116	<i>ritonavir</i>	108	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	
PURIXAN	8	<i>rivastigmine</i>	15	.....	57
<i>pyrazinamide</i>	105	<i>rivastigmine tartrate</i>	15	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	109
<i>pyridostigmine bromide</i>	77	<i>rizatriptan benzoate</i>	22	SOLQUA	20
<i>pyridostigmine bromide er</i> .	77	ROCKLATAN	73	SOLTAMOX	9
<i>pyrimethamine</i>	24	<i>roflumilast</i>	46	SOMAVERT	63
Q		<i>ropinirole hcl</i>	25	<i>sorafenib tosylate</i>	9
QINLOCK.....	8	<i>ropinirole hcl er</i>	25	<i>sotalol hcl</i>	32
QUADRACEL.....	71	<i>rosuvastatin calcium</i>	37	<i>sotalol hcl (af)</i>	32
<i>quetiapine fumarate</i>	29	ROTARIX	71	SPIRIVA RESPIMAT	49
<i>quetiapine fumarate er</i>	29	ROTATEQ.....	71	<i>spironolactone</i>	38
<i>quinapril hcl</i>	39	ROZLYTREK.....	9	<i>spironolactone-hctz</i>	38
<i>quinidine sulfate</i>	31	RUBRACA.....	9	<i>sprintec 28</i>	92
<i>quinine sulfate</i>	24	<i>rufinamide</i>	96	SPRITAM	96
R		RUKOBIA.....	108	SPRYCEL	9
RBAVERT.....	71	RYBELSUS	17	<i>sps</i>	57
<i>raloxifene hcl</i>	61	RYDAPT.....	9	<i>ssd</i>	54
<i>ramelteon</i>	42	RYTARY.....	25	STELARA.....	68
<i>ramipril</i>	39	S		STIOLTO RESPIMAT.....	49
<i>ranolazine er</i>	34	SANTYL	54	STIVARGA	9

<i>streptomycin sulfate</i>	84	TEPMETKO	10	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	39
STRIBILD	108	<i>terazosin hcl</i>	58	<i>tranexamic acid</i>	113
<i>sucralfate</i>	56	<i>terbinafine hcl</i>	104	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...	101
<i>sulfacetamide sodium</i>	74	<i>terbutaline sulfate</i>	49	<i>travoprost (bak free)</i>	73
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	54	<i>terconazole</i>	83	<i>trazodone hcl</i>	101
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	74	TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	42	TRECATOR	105
<i>sulfadiazine</i>	89	<i>testosterone</i>	60	TRELEGY ELLIPTA	49
<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim</i>	89, 90	<i>testosterone cypionate</i>	60	TRELSTAR MIXJECT	10
<i>sulfasalazine</i>	41	<i>testosterone enanthate</i>	60	TREMFYA	68
<i>sulindac</i>	80	<i>tetrabenazine</i>	45	<i>tretinoin</i>	10, 55
<i>sumatriptan succinate</i>	22	<i>tetracycline hcl</i>	90	<i>triamcinolone acetonide</i> ...	49, 52, 53
<i>sunitinib malate</i>	9	THALOMID.....	77	<i>triamterene-hctz</i>	38
SUNLENCA.....	108	<i>theophylline</i>	49	<i>trientine hcl</i>	83
SUTAB	58	<i>theophylline er</i>	49	<i>tri-estarylla</i>	92
SYMLINPEN 120	17	<i>thioridazine hcl</i>	29	<i>trifluoperazine hcl</i>	29
SYMLINPEN 60	17	<i>thiothixene</i>	29	<i>trifluridine</i>	75
SYMPAZAN	96	<i>tiadylt er</i>	33	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	25
SYMTUZA	108	<i>tiagabine hcl</i>	96	TRIJARDY XR.....	18
SYNAREL	63	TIBSOVO	10	TRIKAFTA.....	46
SYNJARDY	18	TICOVAC	71	<i>trimethobenzamide hcl</i>	23
SYNJARDY XR	18	TIGECYCLINE	90	<i>trimethoprim</i>	85
SYNTHROID	60	<i>timolol maleate</i>	32, 73	<i>tri-mili</i>	92
T		<i>tinidazole</i>	24	<i>trimipramine maleate</i>	101
TABRECTA.....	9	<i>tiotropium bromide</i> <i>monohydrate</i>	49	TRINTELLIX.....	101
<i>tacrolimus</i>	52, 68	TIVICAY	109	<i>tri-sprintec</i>	92
<i>tadalafil</i>	78	TIVICAY PD	109	TRIUMEQ.....	109
TAFINLAR.....	9	<i>tizanidine hcl</i>	116, 117	TRIUMEQ PD.....	109
TAGRISO.....	9	TOBI PODHALER	84	<i>trivora (28)</i>	92
TAKHZYRO.....	77	<i>tobramycin</i>	75, 84	<i>tropium chloride</i>	59
TALZENNA	9	<i>tobramycin sulfate</i>	84	<i>tropium chloride er</i>	59
<i>tamoxifen citrate</i>	9	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	75	TRULICITY.....	18
<i>tamsulosin hcl</i>	58	<i>tolterodine tartrate</i>	59	TRUMENBA	71
TASIGNA	9	<i>tolterodine tartrate er</i>	59	TRUQAP	10
TAVNEOS.....	68	<i>topiramate</i>	96	TUKYSA.....	10
<i>tazarotene</i>	55	<i>topiramate er</i>	96	TURALIO.....	10
TAZORAC.....	55	<i>toremifene citrate</i>	10	TWINRIX	71
TAZVERIK.....	10	<i>torse mide</i>	38	TYBOST	77
TDVAX	71	TOUJEO MAX SOLOSTAR	20	TYMLOS	42
TEFLARO.....	87	TOUJEO SOLOSTAR	20	TYPHIM VI	72
<i>telmisartan</i>	35	TPN ELECTROLYTES....	113	U	
<i>telmisartan-amlodipine</i>	35	TRADJENTA	18	UBRELVY	22
<i>telmisartan-hctz</i>	35	<i>tramadol hcl</i>	82	ULTICARE INSULIN SYRINGE	111
<i>temazepam</i>	14	<i>tramadol-acetaminophen</i> ...	82	<i>unithroid</i>	60
TENIVAC.....	71	<i>trandolapril</i>	39	<i>ursodiol</i>	57
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	108			V	
				<i>valacyclovir hcl</i>	111

VALCHLOR.....	54	<i>vilazodone hcl</i>	102	XPOVIO (40 MG TWICE	
<i>valganciclovir hcl</i>	111	VIRACEPT	109	WEEKLY)	11
<i>valproic acid</i>	96	VIREAD.....	109	XPOVIO (60 MG ONCE	
<i>valsartan</i>	35	VITRAKVI.....	10	WEEKLY)	11
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		VIZIMPRO.....	10	XPOVIO (60 MG TWICE	
.....	35	VONJO.....	11	WEEKLY)	11
VALTOCO 10 MG DOSE ..	96	<i>voriconazole</i>	104	XPOVIO (80 MG ONCE	
VALTOCO 15 MG DOSE ..	96	VORICONAZOLE.....	104	WEEKLY)	11
VALTOCO 20 MG DOSE ..	97	VOWST	78	XPOVIO (80 MG TWICE	
VALTOCO 5 MG DOSE	97	VRAYLAR	30	WEEKLY)	11
<i>vancomycin hcl</i>	85	VUMERITY.....	45	XTANDI	11
VANDAZOLE	83	<i>vyfemla</i>	92	<i>xulane</i>	92
VANFLYTA.....	10	W		Y	
VAQTA.....	72	<i>warfarin sodium</i>	114	YF-VAX	72
<i>ardenafil hcl</i>	78	WELIREG.....	11	YONSA.....	11
<i>varenicline tartrate</i>	13	<i>wixela inhub</i>	47	<i>yuvafem</i>	61
VARENICLINE TARTRATE		X		Z	
.....	13	XALKORI.....	11	<i>zafemy</i>	92
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	13	XARELTO	114, 115	<i>zafirlukast</i>	48
VARIVAX	72	XARELTO STARTER PACK		<i>zaleplon</i>	43
VAXCHORA.....	72	.....	115	ZARXIO.....	115
VEMLIDY	109	XCOPRI	97	ZEJULA	12
VENCLEXTA.....	10	XCOPRI (250 MG DAILY		ZELBORAF	12
VENCLEXTA STARTING		DOSE)	97	<i>zenatane</i>	54
PACK.....	10	XCOPRI (350 MG DAILY		ZENPEP	116
VENLAFAXINE BESYLATE		DOSE)	97	<i>zidovudine</i>	109
ER	101	XDEMVY	75	<i>ziprasidone hcl</i>	30
<i>venlafaxine hcl</i>	102	XELJANZ	68	<i>ziprasidone mesylate</i>	30
<i>venlafaxine hcl er</i>	101, 102	XELJANZ XR	68	ZOLINZA	12
VEOZAH	78	XERMELO.....	57	<i>zolpidem tartrate</i>	43
<i>verapamil hcl</i>	33	XGEVA.....	42	ZONISADE	97
<i>verapamil hcl er</i>	33	XIFAXAN.....	85	<i>zonisamide</i>	97
VERAPAMIL HCL ER	33	XIGDUO XR	18	<i>zovia 1/35 (28)</i>	93
VERQUVO	34	XIIDRA	76	ZTALMY	97
VERSACLOZ	29	XOLAIR.....	46	ZURZUVAE	102
VERZENIO.....	10	XOSPATA	11	ZYDELIG.....	12
<i>vigabatrin</i>	97	XPOVIO (100 MG ONCE		ZYKADIA.....	12
<i>vigadrone</i>	97	WEEKLY)	11	ZYPREXA RELPREVV	30
<i>vigpoder</i>	97	XPOVIO (40 MG ONCE			
VIJOICE	78	WEEKLY)	11		

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.